COLEÇÃO
AVALIAÇÃO
PSICOLÓGICA

PSICO DIAGNÓSTICO

Claudio Simon HUTZ
Denise Ruschel BANDEIRA
Clarissa Marceli TRENTINI
Jefferson Silva KRUG
ORGANIZADORES

artmed

PSICO DIAGNÓSTICO

P974 Psicodiagnóstico / Organizadores, Claudio Simon Hutz ... [et al.]. – Porto Alegre : Artmed, 2016.
428 p. ; 25 cm.

ISBN 978-85-8271-311-2

1. Psicologia - Psicodiagnóstico. I. Hutz, Claudio Simon.

CDU 159.9

Catalogação na publicação: Poliana Sanchez de Araujo – CRB 10/2094

PSICO DIAGNÓSTICO

Claudio Simon HUTZ
Denise Ruschel BANDEIRA
Clarissa Marceli TRENTINI
Jefferson Silva KRUG
ORGANIZADORES

artmed

2016

© Artmed Editora Ltda., 2016.

Gerente editorial: Letícia Bispo de Lima

Colaboraram nesta edição:

Coordenadora editorial: Cláudia Bittencourt
Assistente editorial: Paola Araújo de Oliveira
Capa: Paola Manica
Preparação de originais: Leonardo Maliszewski da Rosa
Editoração: TIPOS – design editorial e fotografia

Reservados todos os direitos de publicação à
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 – Porto Alegre – RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

Unidade São Paulo
Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 – Pavilhão 5 – Cond. Espace Center
Vila Anastácio – 05095-035 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3665-1100 Fax: (11) 3667-1333

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

AUTORES

Claudio Simon Hutz (Org.). Psicólogo. Mestre e Ph.D. pela University of Iowa, Estados Unidos. Professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ex-presidente da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP) e do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP). Ex-diretor do Instituto de Psicologia e coordenador do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRGS. Coordenador do curso de Psicologia, do Laboratório de Mensuração e do Núcleo de Psicologia Positiva da UFRGS. Presidente da Associação Brasileira de Psicologia Positiva (ABP+). Pesquisador 1A do CNPq.

Denise Ruschel Bandeira (Org.). Psicóloga. Especialista em Diagnóstico Psicológico pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora associada no Instituto de Psicologia da UFRGS. Coordenadora do Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP) da UFRGS. Pesquisadora 1C do CNPq.

Clarissa Marceli Trentini (Org.). Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica – Avaliação Psicológica – pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutora em Ciências Médicas – Psiquiatria – pela UFRGS. Professora associada nos cursos de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Avaliação Psicológica e Psicopatologia (NEAPP) da UFRGS. Pesquisadora 1D do CNPq.

Jefferson Silva Krug (Org.). Psicólogo. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Membro da Sigmund Freud Associação Psicanalítica.

Adriana Jung Serafini. Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica – Avaliação Psicológica – pela UFRGS. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS. Doutora em Psicologia pela UFRGS. Professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Ana Carolina Wolf Baldino Peuker. Psicóloga. Especialista em Clínica. Mestre e Doutora em Psicologia pela UFRGS. Pós-doutorada em Psicologia no Laboratório de Psicologia Experimental, Neurociências e Comportamento (LPNeC) da UFRGS. Professora associada do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Professora e pesquisadora associada do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UFRGS.

Ana Celina Garcia Albornoz. Psicóloga. Aperfeiçoamento em Clínica Psicanalítica pela PUCRS e em Psicopatologia do Bebê pela ILK/Paris XIII. Especialista em Psicologia Clínica e Jurídica pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e em Psicoterapia pela PUCRS. Formação em Saúde Integral dos Adolescentes e Jovens pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), em Redes de Atendimento e Acolhimento e em Justiça Restaurativa pelos Programas da Fundação de Proteção Social (FPERGS). Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora em Psicologia pela UFRGS. Docente e supervisora na Especialização em Avaliação Psicológica da UFRGS e na Especialização em Psicopedagogia da Inedi. Pesquisadora do GEAPAP/UFRGS. Consultora ad hoc do Satepsi, CONPSI e das revistas Psicologia USP, Contextos Clínicos e Temas em Psicologia.

Andre Goettems Bastos. Psicólogo. Especialista em Psicodiagnóstico e Avaliação Psicológica e em Psicoterapia Psicanalítica pelo Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT/RS). Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutor em Psicologia pela UFRGS. Pós-doutorado em Psicologia pela PUCRS (PNPD/CAPES). Professor e supervisor titular do CIPT/RS. Coordenador do Núcleo de Estudos em Tratamentos Psicológicos e Saúde Mental (PUCRS).

Bruna Gomes Mônego. Psicóloga. Especialista em Neuropsicologia pelo CFP. Mestre e doutoranda em Psicologia na UFRGS. Professora do curso de Psicologia da Faculdade Cenecista de Osório (FACOS). Membro do GEAPAP/UFRGS.

Circe Salcides Petersen. Psicóloga. Terapeuta cognitivo-comportamental pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora e Pós-doutorada em Psicologia pela UFRGS. Advanced Training in REBT and CBT no Albert Ellis Institute, NY/CATREC Buenos Aires. Training in Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) pela Mindful Health LLP, Reino Unido. Diretora de Ensino – Projecto Estudos Centro Cultural e de Formação. Membro do Grupo de Pesquisa Cep Rua da UFRGS.

Cláudia de Moraes Bandeira. Psicóloga. Especialista em Psicoterapia de Abordagens Sistêmicas pela Prontamente Clínica da Família. Mestre e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS. Professora do curso de Psicologia do Centro Universitário La Salle, Canoas (Unilasalle).

Claudia Hofheinz Giacomoni. Psicóloga. Mestre em Psicologia pela UFRGS. Doutora em Psicologia pela UFRGS/Yale University. Professora associada do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Psicologia Positiva (NEPP).

Cláudio Maria da Silva Osório. Psiquiatra. Mestre em Psiquiatria pela UFRGS. Professor adjunto aposentado da Medicina da UFRGS. Ex-professor no curso de Formação de Psicólogos da Unisinos, no curso de Diagnóstico Psicológico do Instituto de Psicologia da PUCRS e no curso de Especialização em Psicoterapia do Centro de Estudos Luís Guedes (CELG) do HCPA/UFRGS.

Cleonice Alves Bosa. Psicóloga. Ph.D. em Psicologia pela University of London, Reino Unido. Professora associada do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRGS.

Denise Balem Yates. Psicóloga. Especialista em Neuropsicologia pela UFRGS. Mestre e Doutora em Psicologia pela UFRGS. Coordenadora do Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS. Docente do curso de Especialização em Avaliação Psicológica da UFRGS. Pesquisadora associada

do GEAPAP/UFRGS e do Grupo de Trabalho da ANPEPP em Avaliação Cognitiva e Neuropsicológica.

Diogo Araújo DeSousa. Psicólogo. Mestre e doutorando em Psicologia na UFRGS. Membro do Programa de Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência e da Seção de Afeto Negativo e Processos Sociais do HCPA.

Eduardo Chachamovich. Psiquiatra. Mestre em Psiquiatria pela UFRGS. Doutor em Psiquiatria pela UFRGS/University of Edinburgh, Escócia, Reino Unido. Pós-doutorado em Psiquiatria pela McGill University, Canadá. Professor do Departamento de Psiquiatria da McGill University. Diretor do Programa de Saúde Mental Indígena do Norte Canadense e do Research Track do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da McGill University.

Felix Henrique Paim Kessler. Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria pela UFRGS. Professor do Departamento de Psiquiatria da UFRGS. Coordenador do Ambulatório de Psiquiatria de Adição do HCPA.

Flávia Wagner. Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica – Avaliação Psicológica – pela UFRGS. Doutora em Psicologia pela UFRGS. Pesquisadora do Programa de Déficit de Atenção/Hiperatividade (ProDAH) do HCPA. Psicóloga da UFRGS.

Flávio Merino de Freitas Xavier. Médico. Doutor em Psiquiatria pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp).

Gabriela Peretti Wagner. Psicóloga. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS. Doutora em Psicologia pela UFRGS, com estágio sanduíche no Human Neuroscience Group – University of Edinburgh, Escócia, Reino Unido. Pós-doutorada em Psicologia pela UFRGS. Professora adjunta do Departamento de Psicologia – Área de Neuropsicologia e Avaliação Neuropsicológica – da UFCSPA.

Gisele Gus Manfro. Psiquiatra. Doutora em Ciências Biológicas – Bioquímica – pela UFRGS. Professora associada do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS. Coordenadora do Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do HCPA.

Irani I. de Lima Argimon. Psicóloga. Especialista em Toxicologia Aplicada. Mestre em Educação pela PUCRS. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Professora titular dos Programas de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da PUCRS. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital. Professora produtividade do CNPq.

Jaqueline de Carvalho Rodrigues. Psicóloga. Mestre e doutoranda em Psicologia na UFRGS. Integrante do Núcleo de Estudos em Neuropsicologia Cognitiva (Neurocog) da UFRGS. Membro da diretoria da Sociedade Brasileira de Neuropsicologia Jovem (SBNp Jovem).

Joice Dickel Segabinazi. Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pela UFRGS. Pós-doutoranda em Medicina – Ciências Médicas – na UFRGS. Professora e supervisora de estágio da Especialização em Avaliação Psicológica da UFRGS e das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). Professora da Especialização em Avaliação e Diagnóstico Psicológico: Enfoque Clínico da Faculdade Meridional (IMED).

Juliana de Lima Muller. Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica pelo Instituto Fernando Pessoa. Mestre e doutoranda em Psicologia na UFRGS. Membro do NEAPP/UFRGS. Pesquisadora do PROTAN/HCPA.

Juliane Callegaro Borsa. Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora e Pós-doutorada em Psicologia pela UFRGS. Professora do Departamento de Psicologia e coordenadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Coordenadora do Grupo de Pesquisa AP Lab – Pessoas & Contextos.

Katiane Silva. Psicóloga. Mestre e Doutora em Psiquiatria pela UFRGS. Pós-doutorada em Genética pela UFRGS. Coordenadora da área de Neuropsicologia do ProDAH/HCPA.

Laíssa Eschiletti Prati. Psicóloga. Especialista em Terapia de Casal e Família pelo Domus – Centro de Terapia de Família. Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Doutora em Psicologia pela UFRGS.

Luis Augusto Rohde. Psiquiatra. Professor titular de Psiquiatria da UFRGS. Professor da Pós-gra-

duação em Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP). Coordenador geral do ProDAH/HCPA.

Maisa S. Rigoni. Psicóloga. Psicanalista pela Associação Psicanalítica Sigmund Freud. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Professora adjunta da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

Marcelo Pio de Almeida Fleck. Psiquiatra. Mestre e Doutor em Clínica Médica pela UFRGS. Professor titular do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Coordenador do Programa de Transtornos do Humor (PROTHUM) do HCPA.

Mariana Gonçalves Boeckel. Psicóloga. Especialista em Terapia Familiar e de Casal pela Unisinos. Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela PUCRS. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Psicoterapeuta e professora adjunta da UFCSPA.

Monalisa Muniz. Psicóloga. Mestre e Doutora em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco (USF). Professora adjunta do Departamento de Psicologia e da Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Pesquisadora no Laboratório de Desenvolvimento Humano e Cognitivo (LADHECO) da UFSCar.

Mônia Aparecida Silva. Psicóloga. Mestre em Psicologia – Saúde Mental – pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Doutoranda em Psicologia na UFRGS. Psicóloga extensionista e supervisora no Centro de Avaliação Psicológica (CAP) da UFRGS. Pesquisadora afiliada ao GEAPAP/UFRGS.

Murilo Ricardo Zibetti. Psicólogo. Mestre e doutorando em Psicologia na UFRGS. Membro do NEAPP/UFRGS. Integrante do corpo clínico da Bitácora Centro de Neuropsicologia.

Paulo Belmonte-de-Abreu. Médico. Especialista em Métodos e Técnicas de Ensino e em Psiquiatria pela PUCRS. Mestre em Health Sciences pela The Johns Hopkins University. Doutor em Clínica Médica e Pós-doutorado em Biologia Molecular pela UFRGS. Professor titular do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFRGS.

Rafael Stella Wellausen. Psicólogo. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica pela Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica (ESIPP). Especialista em Psicologia Hospitalar pela UFRGS. Mestre e Doutor em Psicologia pela UFRGS. Professor e supervisor de Psicoterapia Psicanalítica do ESIPP. Psicólogo do HCPA e do Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (IPFMC).

Regina Basso Zanon. Psicóloga. Especialista em Transtornos do Desenvolvimento pela UFRGS. Mestre e doutoranda em Psicologia na UFRGS.

Renata de Souza Zamo. Psicóloga. Especialista em Psicologia do Esporte pela PUCRS. Especialista em Neuropsicologia pela UFRGS. Mestre e doutoranda em Psicologia na UFRGS. Professora do curso de Psicologia da Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul (FADERGS – Laureate International Universities).

Samantha Dubugras Sá. Psicóloga clínica. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Professora adjunta da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira. Psicólogo. Especialista em Avaliação Psicológica pela UFRGS. Mestre em Psicologia pela UFRGS. Doutorando em Psicologia na UFRGS, com período de estágio na University of Minnesota, Estados Unidos. Professor convidado em cursos de especialização latu senso em Avaliação Psicológica.

Sonia Liane Reichert Rovinski. Psicóloga. Especialista em Psicologia Jurídica pelo CFP. Especialista em Criminologia pela PUCRS. Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela PUCRS. Doutora em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade de Santiago de Compostela/PUCRS. Pós-doutoranda em Avaliação Psicológica na área Forense na UFRGS. Professora nos cursos de pós-graduação da UFRGS, da UP-RN, da UNIGRAD-Bahia, da UPF, da Sapiens (Londrina e Curitiba) e da Projecto – Soluções em Psicologia. Ex-diretora científica da Associação Brasileira de Psicologia Jurídica (ABPJ).

Tatiana Quarti Irigaray. Psicóloga clínica. Especialista em Psicologia Clínica – Avaliação Psicológica – e em Neuropsicologia pela UFRGS. Mestre e Doutora em Gerontologia Biomédica e Pós-doutorada em Psicologia pela PUCRS. Pro-

fessora adjunta do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS.

Valeria Barbieri. Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP (IPUSP). Pós-doutorada pela Université Paris-Diderot da Sorbonne Paris Cité. Livre-docente em Psicodiagnóstico – Enfoque Avaliativo e Interventivo – pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP (FFCLRP/USP). Professora associada do curso de Psicologia da FFCLRP/USP.

Vanessa Stumpf Heck. Psicóloga. Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica pelo Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia (IEPP). Mestre e Doutora em Psicologia pela UFRGS. Coordenadora de cursos no Grupo Dom.

Vivian de Medeiros Lago. Psicóloga. Especialista em Psicologia Jurídica pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra). Mestre, Doutora e Pós-doutoranda em Psicologia na UFRGS. Professora assistente do curso de Psicologia da Unisinos e das FACCAT.

PREFÁCIO

Este é o segundo livro da coleção Avaliação Psicológica, que surgiu do interesse e da necessidade de produzir uma versão atualizada do importante livro de Jurema Alcides Cunha: *Psicodiagnóstico*. Essa ideia nos acompanha há alguns anos, pois o desenvolvimento da área vem sendo significativo, tornando clara a necessidade de uma obra bem mais complexa que aquela.

Iniciamos a coleção por *Psicometria*, obra que traz a base da avaliação psicológica. Lançamos agora *Psicodiagnóstico*, que será uma contribuição substancial para estudantes e profissionais. A seguir, publicaremos *Avaliação da inteligência e da personalidade*. E planejamos outras obras mais.

Essa é a continuidade de um caminho que iniciamos com a professora Jurema e que, no futuro, será percorrido por nossos alunos e colegas. Assim, antes de apresentar o livro, destacamos o papel da professora para a área e nossa formação. Comecei a trabalhar com ela na década de 1970, enveredando, então, na área da avaliação psicológica. Tive, ainda, o privilégio de recebê-la como pesquisadora convidada no Laboratório de Mensuração do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no final de sua carreira. Nesse laboratório, foi produzida a última edição de seu *Psicodiagnóstico*. Os demais organizadores deste livro foram também influenciados pela professora Jurema, sobretudo a Dra. Clarissa Trentini, sua aluna e colaboradora direta.

Nosso livro *Psicodiagnóstico*, no entanto, é diferente do livro dela. Foca especificamente no psicodiagnóstico. Inicia pelo processo psicodiagnóstico, com vários capítulos que analisam, descrevem e apresentam seu histórico e sua conceituação, diferentes modelos, conhecimentos teóricos e técnicos para sua realização, bem como questões éticas que podem surgir no processo. O papel da entrevista é discutido em vários capítulos, permitindo o entendimento mais claro do que é uma entrevista psicológica no psicodiagnóstico e quais os objetivos das entrevistas de anamnese e lúdica. Outros tópicos tratados envolvem o exame do estado mental, as implicações da psicofarmacologia no psicodiagnóstico, o genograma, a questão da integração dos dados coletados e a devolução de informações.

Na primeira parte do livro, então, são discutidos os fundamentos do psicodiagnóstico. A importância de um embasamento teórico sólido para sua realização é enfatizada. Salientamos a questão do uso de testes, sempre importante, mas também que ele não é obrigatório e que deve se dar nos contextos apropriados.

Na segunda parte, são apresentadas as especificidades do psicodiagnóstico com crianças, adolescentes e idosos. Há capítulos voltados à questão das entrevistas com pais, professores e demais fontes de informações sobre crianças e os aspectos éticos envolvidos. Questões específicas, como o uso de observações do brincar infantil, são abordadas. Os cuidados na realização

de testagens com crianças e adolescentes e suas peculiaridades também são apresentados em capítulo próprio. Finalmente, temos a abordagem do psicodiagnóstico com idosos, a pouca literatura na área faz com que esse capítulo traga uma contribuição importante.

A terceira parte discute questões do psicodiagnóstico envolvendo inteligência e personalidade, incluindo informações novas e importantes para a avaliação desses construtos com o objetivo de produzir um diagnóstico psicológico.

A última parte lida com especificidades do psicodiagnóstico nas alterações psicológicas mais prevalentes – transtorno do espectro autista, TDAH, alterações do humor, ansiedade, psicoses, abuso de substâncias, alterações neurocognitivas. Embora todos os capítulos aqui reunidos sejam de excelente qualidade e inéditos, os últimos merecem destaque, por serem altamente inovadores e alguns trazem informações inéditas. Em seu conjunto, instrumentalizam profissionais da área para que melhorem sua atuação clínica.

A leitura desta obra traz uma série de reflexões e questionamentos mesmo para profissionais experientes. Fica clara, por exemplo, a carência de métodos, técnicas e instrumentos para o psicodiagóstico com crianças e idosos, e a necessidade de mais pesquisas. Fica também claro que a área se desenvolve aceleradamente, hoje não sendo mais possível ser especialista em psicodiagnóstico. Os profissionais passam a se especializar em psicodiagnóstico em diferentes faixas etárias ou em quadros clínicos específicos. Com a complexidade cada vez maior da área, aumenta também a importância das equipes multidisciplinares.

Esperamos que este livro possa contribuir para a formação e para a prática profissional qualificada em avaliação psicológica. As informações apresentadas são as mais modernas e atuais, mas ainda assim é importante revisar sistematicamente a literatura. Esta obra com certeza contribui para a formação de psicólogos na graduação, mas, para se tornar especialista em psicodiagnóstico, é preciso ir além – no mínimo, o profissional deve fazer uma especialização na área da avaliação psicológica

Claudio Simon Hutz

SUMÁRIO

Parte 1
O PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

1 Conceituação de psicodiagnóstico na atualidade 16
Jefferson Silva Krug
Clarissa Marceli Trentini
Denise Ruschel Bandeira

2 Psicodiagnóstico: formação, cuidados éticos, avaliação de demanda e estabelecimento de objetivos 21
Denise Ruschel Bandeira
Clarissa Marceli Trentini
Jefferson Silva Krug

3 O processo psicodiagnóstico 27
Maisa S. Rigoni
Samantha Dubugras Sá

4 Cuidados técnicos no início do psicodiagnóstico 35
Bruna Gomes Mônego

5 Entrevista psicológica no psicodiagnóstico 45
Adriana Jung Serafini

6 A entrevista de anamnese 52
Mônia Aparecida Silva
Denise Ruschel Bandeira

7 Escolha dos instrumentos e das técnicas no psicodiagnóstico 68
Clarissa Marceli Trentini
Denise Ruschel Bandeira
Jefferson Silva Krug

8 Entrevista lúdica diagnóstica 73
Jefferson Silva Krug
Denise Ruschel Bandeira
Clarissa Marceli Trentini

9 O exame do estado mental e suas transformações 99
Cláudio Maria da Silva Osório

10 A influência do uso de fármacos no psicodiagnóstico 126
Flávio Merino de Freitas Xavier
Eduardo Chachamovich

11 Genograma familiar 136
Mariana Gonçalves Boeckel
Laíssa Eschiletti Prati

12 Integração dos dados coletados e o diagnóstico psicológico 149
Joice Dickel Segabinazi

13 Devolução das informações do psicodiagnóstico 160
Ana Celina Garcia Albornoz

14 Elaboração de documentos decorrentes da avaliação psicológica 172
Sonia Liane Reichert Rovinski
Vivian de Medeiros Lago

15 Psicodiagnóstico interventivo 184
Vanessa Stumpf Heck
Valeria Barbieri

16 Técnicas e modalidades de supervisão em psicodiagnóstico 194
Denise Balem Yates

Parte 2
ESPECIFICIDADES DO PSICODIAGNÓSTICO DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E IDOSOS

17 Entrevista com pais e demais fontes de informação 206
Claudia Hofheinz Giacomoni
Cláudia de Moraes Bandeira

18 Critérios de análise do brincar infantil na entrevista lúdica diagnóstica 211
Jefferson Silva Krug
Denise Ruschel Bandeira

19 Cuidados no estabelecimento do diagnóstico psicológico na infância e adolescência 230
Jefferson Silva Krug
Flávia Wagner

20 Testagem psicológica com crianças e adolescentes 238
Juliane Callegaro Borsa
Monalisa Muniz

21 Psicodiagnóstico de idosos 247
Irani I. de Lima Argimon
Tatiana Quarti Irigaray
Murilo Ricardo Zibetti

Parte 3
ESPECIFICIDADES DO PSICODIAGNÓSTICO: INTELIGÊNCIA E PERSONALIDADE

22 Psicodiagnóstico e inteligência 258
Joice Dickel Segabinazi
Renata de Souza Zamo

23 Psicodiagnóstico e as patologias da personalidade 274
Rafael Stella Wellausen
Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

Parte 4
ESPECIFICIDADES DO PSICODIAGNÓSTICO NAS ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS MAIS PREVALENTES

24 Psicodiagnóstico e transtorno do espectro autista 308
Cleonice Alves Bosa
Regina Basso Zanon

25 Psicodiagnóstico e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade 323
Flávia Wagner
Luis Augusto Rohde

26 Psicodiagnóstico e alterações do humor 331
Andre Goettems Bastos
Marcelo Pio de Almeida Fleck

27 Psicodiagnóstico e ansiedade 338
Juliana de Lima Muller
Diogo Araújo DeSousa
Circe Salcides Petersen
Gisele Gus Manfro

28 Psicodiagnóstico nas psicoses 349
Katiane Silva
Paulo Belmonte-de-Abreu

29 Psicodiagnóstico e transtornos por uso de substâncias 365
Ana Carolina Wolf Baldino Peuker
Felix Henrique Paim Kessler

30 Psicodiagnóstico e alterações neurocognitivas em idosos 382
Murilo Ricardo Zibetti
Jaqueline de Carvalho Rodrigues
Gabriela Peretti Wagner

31 Estudos de caso em psicodiagnóstico: criança, adolescente e adulto 396
Sérgio Eduardo Silva de Oliveira
Mônia Aparecida Silva
Denise Balem Yates

Índice 423

Parte 1

O PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

1

CONCEITUAÇÃO DE PSICODIAGNÓSTICO NA ATUALIDADE

Jefferson Silva Krug
Clarissa Marceli Trentini
Denise Ruschel Bandeira

A avaliação psicológica clínica com fins diagnósticos é uma prática muito comum no Brasil. Há décadas, muitos profissionais habituaram-se a chamar essa atividade de "psicodiagnóstico". No entanto, constatamos que o uso do termo é mais comum quando, durante o seu desenvolvimento, o profissional se vale de testes psicológicos para coletar informações sobre o consultante. Nas avaliações em que esses testes não são empregados ou inexistem para os objetivos do exame, outros termos se destacam, como avaliação clínica, avaliação psicológica, entrevistas preliminares, diagnóstico psicológico, etc. (Krug, 2014). Essa constatação nos levou a questionar o conceito clássico de psicodiagnóstico e a examinar se a compreensão desses profissionais quanto à associação direta do termo "psicodiagnóstico" com a administração de testes também é compartilhada pela literatura da área.

O PSICODIAGNÓSTICO EXIGE A APLICAÇÃO DE TESTES PSICOLÓGICOS?

Ao consultar a literatura, identificamos convergências conceituais. Arzeno (1995, p. 5) diz, por exemplo, que ". . . fazer um diagnóstico psicológico não significa necessariamente o mesmo que fazer um psicodiagnóstico. Este termo implica automaticamente a administração de testes e estes nem sempre são necessários ou convenientes". Portanto, parece claro o entendimento da autora de que toda avaliação psicológica que não utilize testes não deva ser nomeada de "psicodiagnóstico".

Cunha (2000, p. 23, grifo nosso), em concordância, preconiza que "psicodiagnóstico" é um termo que designa um tipo de avaliação psicológica com propósitos clínicos, em que ". . . há a utilização de testes *e* de outras estratégias, para avaliar um sujeito de forma sistemática, científica, orientada para a resolução de problemas". A autora segue afirmando que:

> Psicodiagnóstico é um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas *e* testes psicológicos (*input*), em nível individual ou não, seja para entender problemáticas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados (*output*), na base dos quais são propostas soluções, se for o caso. (Cunha, 2000, p. 26, grifo nosso).

Observamos que, em todas as definições de Cunha (2000), o uso da expressão "e" sugere a obrigatoriedade do uso de testes para que o processo de avaliação psicológica clínica seja chamado de "psicodiagnóstico". Aparentemente, Castro, Campezatto e Saraiva (2009) também entendem dessa forma, diferenciando "período de avaliação" de "psicodiagnóstico". Para as autoras, durante o "período de avaliação" que precede a psicoterapia, o psicólogo poderá realizar um "psicodiagnóstico" ou fazer o encaminhamento para outro psicólogo que o realize, quando ocorrer a aplicação de testes psicológicos: ". . . a aplicação

de testes pode ser realizada pelo próprio psicoterapeuta, se esse dominar as técnicas necessárias e se sentir confortável para tal, ou por um colega especializado em psicodiagnóstico" (Castro et al., 2009, p. 100).

Em Ocampo e Arzeno (1979/2009), também encontramos a ideia de que o processo psicodiagnóstico inclui, obrigatoriamente, uma etapa de aplicação de testes e técnicas projetivas. Para explicar seu posicionamento, as autoras diferenciam a prática avaliativa que chamam de "psicodiagnóstico" da prática avaliativa de psicanalistas em suas primeiras consultas, referindo que, nestas últimas, se tem a possibilidade do uso de entrevistas livres ou totalmente abertas, algo não viável no psicodiagnóstico devido à limitação do tempo.

Neste debate sobre a terminologia adotada para a atividade avaliativa clínica, observamos que, excluindo-se a necessidade de aplicação de testes, as descrições do processo psicodiagnóstico contidas nos manuais citados relatam exatamente o que é feito pelos profissionais que dizem não realizar psicodiagnóstico. Dito de outra forma, o que diferencia a avaliação clínica feita por psicólogos que nomeiam sua prática de "psicodiagnóstico" da daqueles que não a chamam assim é, apenas, o uso de testes psicológicos (Krug, 2014).

Parece-nos infrutífera essa distinção terminológica, uma vez que, para nós, o que define um psicodiagnóstico relaciona-se mais ao caráter investigativo e ao diagnóstico do que à necessidade do uso de determinado tipo de instrumento de coleta de dados. Diferentemente dos trabalhos citados, encontramos outros autores que defendem a ideia de que o uso de testes pode não ser necessário em um psicodiagnóstico. Conforme Trinca (1983), por exemplo, o uso ou não de testes depende do psicólogo e de seu pensamento clínico em relação a cada paciente.

Tomemos como referência para essa reflexão as definições feitas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) para alguns termos comumente utilizados na área. A definição de "avaliação psicológica" do CFP (2013, p. 11), por exemplo, engloba qualquer atividade, com ou sem o uso de testes:

> A avaliação psicológica é compreendida como um amplo processo de investigação, no qual se conhece o avaliado e sua demanda, com o intuito de programar a tomada de decisão mais apropriada do psicólogo. Mais especialmente, a avaliação psicológica refere-se à coleta e interpretação de dados, obtidos por meio de um conjunto de procedimentos confiáveis, entendidos como aqueles reconhecidos pela ciência psicológica.

Quanto à diferença entre "avaliação psicológica" e "testagem psicológica", a Cartilha (CFP, 2013, p. 13) diz:

> A avaliação psicológica é um processo amplo que envolve a integração de informações provenientes de diversas fontes, dentre elas, testes, entrevistas, observações e análise de documentos, enquanto a testagem psicológica pode ser considerada um processo diferente, cuja principal fonte de informação são os testes psicológicos de diferentes tipos.

Na Cartilha sobre Avaliação Psicológica, editada em 2007 pelo CFP (2007), não há referência ao termo "psicodiagnóstico". Já na Cartilha de 2013 (CFP, 2013, p. 34), há apenas uma menção ao termo, descrito como uma modalidade de avaliação psicológica, sem a especificação da necessidade ou não do uso de testes: "... no âmbito da intervenção profissional, os processos de investigação psicológica são denominados de avaliação psicológica, descritos em termos de suas modalidades – *psicodiagnóstico*, exame psicológico, psicotécnico ou perícia" (CFP, 2013, p. 34, grifo nosso).

Portanto, a partir da reflexão sobre o uso do termo "psicodiagnóstico", podemos fazer os seguintes questionamentos: as chamadas "entrevistas preliminares", "entrevistas de avaliação" ou "entrevistas iniciais", conduzidas por psicólogos de diferentes abordagens teóricas antes de indicar ao paciente uma análise, uma psicoterapia ou qualquer modalidade de tratamento psicológico ou de outra área, não poderiam ser consideradas uma prática de avaliação psicológica? A avaliação clínica inicial feita pelo psicólogo com o objetivo de conhecer aspectos psíquicos do paciente à luz da teoria psicanalítica ou de qualquer outra teoria não se configura como uma prática de avaliação psicológica? Ou o mais apropriado seria chamar essa prática psicológica orientada pela teoria psicanalítica de "avaliação psicanalítica" e a prática de profissionais orientados pelo comportamentalismo de "avaliação comportamental"? Somente quando um psicanalista, um gestaltista ou um comportamentalista aplica testes psicológicos durante o período de entrevistas

preliminares diagnósticas é que poderíamos chamar essa prática avaliativa de "psicodiagnóstico"? E, ainda, não poderemos chamar de "psicodiagnóstico" os processos de avaliação psicológica clínica com pacientes para os quais não dispomos de testes psicológicos aprovados pelo CFP? Por fim, sabendo que o profissional, durante uma avaliação clínica, tem o dever e a liberdade de optar pelas estratégias mais indicadas para realizar o procedimento, caso deseje realizar um psicodiagnóstico, terá ele de, obrigatoriamente, aplicar testes psicológicos?

Essa confusão conceitual é descrita pela literatura (Wainstein, 2011; Wainstein & Bandeira, 2013). Nesses estudos, investigou-se o que profissionais da saúde e da educação entendem e esperam de um processo psicodiagnóstico para crianças e adolescentes, assim como de que forma encaminham seus pacientes para esse tipo de avaliação. Os resultados indicaram que o conceito de "psicodiagnóstico" é associado ao uso de algum instrumento psicológico, mais especificamente testes que avaliam as capacidades cognitivas, e sugeriram que os profissionais que encaminham seus pacientes não sabem ao certo a nomenclatura que deve ser utilizada, usando "psicodiagnóstico", "avaliação diagnóstica", "psicoavaliação", "testagem", conforme o tipo de interesse (aspectos cognitivos, aspectos sociais e outros). Essa pesquisa apontou que todas as nomenclaturas usadas representam a avaliação psicológica clínica, mas o termo que aparenta ser o melhor para esses casos é "psicodiagnóstico", que tem uma definição clara de todo o processo. Para as autoras, não é o uso ou não de testes, ou de determinados tipos de testes, que configura a realização de um psicodiagnóstico, uma vez que, em alguns casos, o psicólogo abrirá mão do uso de testes, especialmente quando não houver testes validados no mercado. Lembram que, para a avaliação de crianças pré-escolares (0 a 6 anos), a observação do desenvolvimento infantil, baseada em critérios, tem sido muito usada entre os profissionais que costumam trabalhar com essa faixa etária. Por fim, concluem dizendo que parece não haver um consenso a respeito da nomenclatura utilizada para designar o encaminhamento de um indivíduo para avaliação psicológica.

DEFINIÇÃO DE PSICODIAGNÓSTICO

A definição encontrada nos manuais consultados, que associam a prática de psicodiagnóstico à obrigatoriedade de aplicação de testes psicológicos, está em desacordo com a compreensão de muitos profissionais da área da avaliação psicológica sobre o que é um psicodiagnóstico na atualidade. Defendemos a ideia de que a prática realizada por psicólogos, tanto aqueles que nunca se valem de testes psicológicos quanto aqueles que os usam ocasionalmente, independentemente de sua teoria de base, também possa ser nomeada de "psicodiagnóstico". Portanto, em nosso entendimento, há a necessidade de se rever a definição do termo na atualidade, de maneira a abranger variadas formas de realização desse procedimento investigativo clínico, a partir de diferentes teorias psicológicas.

Compreendemos que o psicodiagnóstico é um procedimento científico de investigação e intervenção clínica, limitado no tempo, que emprega técnicas e/ou testes com o propósito de avaliar uma ou mais características psicológicas, visando um diagnóstico psicológico (descritivo e/ou dinâmico), construído à luz de uma orientação teórica que subsidia a compreensão da situação avaliada, gerando uma ou mais indicações terapêuticas e encaminhamentos.

Assim, o psicodiagnóstico pressupõe a adoção de um ponto de vista científico sobre o fenômeno avaliado. Em psicologia, acreditamos que esse caráter científico é adquirido por meio de métodos e técnicas de intervenção, com base em teorias psicológicas.

O PSICODIAGNÓSTICO NECESSITA DE UMA TEORIA PSICOLÓGICA QUE O FUNDAMENTE

Felizmente, nas últimas décadas, a área da avaliação psicológica no Brasil tem investido muito no desenvolvimento de instrumentos mais confiáveis, construídos a partir da nossa realidade cultural. É perceptível o aumento da oferta e da qualidade dos testes em nosso país, o que proporcionou maior qualificação dos serviços prestados à população. Sem dúvida, o estudo desses instrumentais qualificou os testes, mas não o processo psicodiagnóstico.

Observamos, na atualidade, uma supervalorização dos instrumentos psicométricos e projetivos em detrimento da escuta e da tarefa de síntese compreensiva que deve ser realizada pelo psicólogo a partir de todas as informações coletadas durante a avaliação. Em alguns casos, a teoria psicológica tem cada vez menos influência no

processo, seja por não orientar o próprio processo avaliativo, seja por não estar contemplada na construção dos instrumentos que são utilizados de forma indiscriminada. Veem-se verdadeiros *frankensteins técnicos e teóricos* quando psicólogos adotam em seus processos avaliativos técnicas que se estruturam em diferentes teorias (muitas vezes com concepções teóricas e epistemológicas conflitantes). Assim, como avaliar a personalidade de um paciente utilizando, ao mesmo tempo, instrumentos que se alicerçam na psicanálise, na psicologia positiva, na gestalt e na neuropsicologia? O resultado é uma total dependência do profissional ao resultado do teste, fazendo com que ele construa a conclusão de sua avaliação desconsiderando os aspectos específicos de cada disciplina teórica e montando seu diagnóstico de forma ateórica.

Entendemos que não é possível descuidar da formação teórica do profissional que deve escolher, administrar, interpretar e integrar os resultados desses instrumentos em um procedimento clínico como o psicodiagnóstico, sob pena de ficarmos reféns dos testes para a realização de qualquer avaliação. Compreendemos que o aperfeiçoamento dos testes, tornando-os mais válidos e fidedignos para o que se propõem examinar, deve ser acompanhado por uma formação teórica que também possibilite um "psicólogo válido" (Bandeira, 2015), capaz de compreender os resultados de um teste ou de uma entrevista com base em uma teoria psicológica que fundamente o trabalho de qualquer psicólogo.

Por esse motivo, defendemos que o ensino da avaliação psicológica não pode se abster do aprofundado estudo das teorias psicológicas que fundamentam a técnica de coleta e análise de informações adotada em processos avaliativos. Não compactuamos com uma proposta de avaliação ateórica e não interventiva por entendermos que qualquer leitura e intervenção sobre o comportamento humano, seja com instrumentos objetivos, como testes psicométricos, seja com técnicas menos diretivas, como testes projetivos e entrevistas clínicas, está embasada em paradigmas teóricos e produz modificação no objeto analisado. Assim, não existe a possibilidade de o psicólogo trabalhar sem uma teoria de base, uma vez que os fenômenos são observados e analisados à luz de pressupostos teóricos, em um processo interativo.

O PSICODIAGNÓSTICO É UMA INTERVENÇÃO

O afastamento, percebido na atualidade, entre a área da avaliação psicológica e as teorias psicológicas pode ser compreendido, também, pelas reflexões de Barbieri (2008, p. 583). Para ela,

> ... o predomínio do pensamento positivista nas Ciências Sociais e Humanas trouxe consigo, ao longo da história, uma dissociação entre pesquisa acadêmica e prática profissional. Essa situação ocasionou um empobrecimento na produção de conhecimentos oriundos do trato direto com as pessoas ou a ele destinados, promovendo um distanciamento daquilo que deveria se constituir na meta principal do nosso trabalho como psicólogos.

É perigoso considerar as práticas avaliativas apenas em sua dimensão investigativa, excluindo os aspectos interventivos e terapêuticos que lhes são inerentes. Para Barbieri (2008), a separação entre as atividades de investigação e de intervenção é resultado do olhar positivista, que busca atingir um ideal de objetividade para a pesquisa científica. A autora entende que um psicodiagnóstico isento de intervenções pode trazer ao paciente muitos malefícios. As entrevistas iniciais empregadas sem intervenção, além de não atingirem seus objetivos de formular o diagnóstico e iniciar o tratamento, desperdiçam a chance de o paciente estabelecer contato com outra pessoa, o que pode resultar em uma experiência terapêutica negativa.

Assim, entende-se que usar o termo "psicodiagnóstico" apenas para as situações em que os testes psicológicos são utilizados com a intenção de tornar mais objetiva a avaliação parece estar em consonância com a visão positivista. Pode-se pensar que a rejeição, por parte de alguns profissionais que realizam avaliações clínicas, ao uso tradicional do termo "psicodiagnóstico" para a descrição das práticas avaliativas é uma forma de manter-se distante da perspectiva positivista de investigação do objeto totalmente separada do observador. Além disso, essa noção está em desacordo com as muitas propostas contemporâneas que debatem a complexidade humana e a intersubjetividade.

Portanto, ao considerarmos as características da pesquisa qualitativa e quantitativa pós-moderna associadas à prática avaliativa, pode-se pensar que o uso do termo "psicodiagnóstico" deva incluir a preocupação clínica não apenas com a objetividade diagnóstica, mas também com o processo avaliativo. Por meio de relatos, produzidos em entrevistas e/ou com o uso de outras técnicas, o sujeito conta sua história, suas experiências, as revive no relacionamento com o psicólogo, fazendo com que, como afirma Barbieri (2010), possa modificar-se com o auxílio das devoluções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O psicodiagnóstico abrange qualquer tipo de avaliação psicológica de caráter clínico que se apoie em uma teoria psicológica de base e que adote uma ou mais técnicas (observação, entrevista, testes projetivos, testes psicométricos, etc.) reconhecidas pela ciência psicológica. Não sugerimos a adoção do termo para situações avaliativas em contextos jurídicos ou organizacionais, uma vez que, nessas situações, estão presentes outras variáveis geralmente não encontradas no contexto clínico, como a simulação e a dissimulação conscientes. Também não compreendemos que o psicodiagnóstico se limite, em todos os casos, a uma avaliação de sinais e sintomas, tendo com resultado apenas um diagnóstico nosológico, o que se aproximaria muito de uma avaliação psiquiátrica. Tampouco entendemos que uma simples aplicação de um teste, por mais complexo que ele possa ser, deva ser entendida como psicodiagnóstico. Reservamos o termo para descrever um procedimento complexo, interventivo, baseado na coleta de múltiplas informações, que possibilite a elaboração de uma hipótese diagnóstica alicerçada em uma compreensão teórica.

REFERÊNCIAS

Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições*. Porto Alegre: Artmed.

Bandeira, D. R. (2015). Prefácio. In S. M. Barroso, F. Scorsolini-Comin, & E. Nascimento (Eds.), *Avaliação Psicológica: Da teoria às aplicações*. Rio de Janeiro: Vozes.

Barbieri, V. (2008). Por uma ciência-profissão: O psicodiagnóstico interventivo com o método de investigação científica. *Psicologia em Estudo, 13*(3), 575-584.

Barbieri, V. (2010). Psicodiagnóstico tradicional e interventivo: Confronto de paradigmas? *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(3), 505-513.

Castro, E. K. de, Campezatto, P. V. M., & Saraiva, L. A. (2009). As etapas da psicoterapia com crianças. In M. G. K. Castro, & A. Stürmer (Eds.), *Crianças e adolescentes em psicoterapia: A abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2007). *Cartilha sobre avaliação psicológica*. Brasília: CFP. Recuperado de: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/05/Cartilha-Avalia%C3%A7%C3%A3o-Psicol%C3%B3gica.pdf.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2013). *Cartilha avaliação psicológica - 2013*. Brasília: CFP. Recuperado de: http://satepsi.cfp.org.br/docs/cartilha.pdf.

Cunha, J. A. (2000). Fundamentos do psicodiagnóstico. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Krug, J. S. (2014). *Entrevista lúdica diagnóstica psicanalítica: Fundamentos teóricos, procedimentos técnicos e critérios de análise do brincar infantil*. (Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Ocampo, M. L. S., & Arzeno, M. E. G. (2009). O processo psicodiagnóstico. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, & E. G. Piccolo (Eds.), *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes. Publicado originalmente em 1979.

Trinca, W. (1983). *O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade*. Petrópolis: Vozes.

Wainstein, E. A. Z. (2011). *Um estudo sobre as formas de encaminhamento, descrição e esclarecimentos do processo psicodiagnóstico para as crianças e adolescentes*. (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Wainstein, E. A. Z., & Bandeira, D. R. (2013). Psicodiagnóstico: A contribuição da avaliação psicológica no trabalho com crianças. In J. Outeiral, & J. Treiguer (Eds.), *Psicanálise de crianças e adolescentes*. Curitiba: Maresfield Gardens.

2

PSICODIAGNÓSTICO: FORMAÇÃO, CUIDADOS ÉTICOS, AVALIAÇÃO DE DEMANDA E ESTABELECIMENTO DE OBJETIVOS

Denise Ruschel Bandeira
Clarissa Marceli Trentini
Jefferson Silva Krug

Para fazer um psicodiagnóstico, o profissional deve saber avaliar com cuidado a demanda trazida pelo paciente ou pela fonte de encaminhamento para, a partir disso, realizar considerações éticas sobre o pedido e, quando essas forem favoráveis, tecer os objetivos de sua realização. Essa tarefa não é nada simples, uma vez que necessariamente envolve um conjunto de habilidades e competências do psicólogo, inicialmente desenvolvidas no curso de bacharelado em Psicologia, posteriormente aperfeiçoadas em outros níveis de ensino, como cursos de extensão, especializações, mestrados e doutorados, sempre perpassando o cuidado com os aspectos pessoais do próprio psicólogo que pretende desenvolver essa atividade profissional.

A realização do psicodiagnóstico pressupõe um preparo pessoal e técnico que inclui o domínio de diferentes saberes psicológicos e de áreas afins, além da capacidade de reflexão quanto aos aspectos éticos inerentes à realização da atividade. Entendemos que a formação ética e técnica para a realização do psicodiagnóstico tem sua base na graduação, mas alcança sua real possibilidade a partir do cuidado de cada profissional com sua constante atualização quanto aos instrumentos e processos de avaliação. Além disso, lembramos que o psicólogo precisa investir em seu desenvolvimento pessoal, realizando acompanhamento terapêutico, preferencialmente orientado pela teoria psicológica de base que sustenta seu fazer clínico. Todos esses cuidados, juntamente à experiência clínica adquirida com as primeiras avaliações supervisionadas, trarão gradativamente ao psicólogo melhores condições de avaliar as demandas e definir os objetivos de um psicodiagnóstico. Portanto, neste capítulo, abordaremos aspectos referentes ao psicodiagnóstico em sua dimensão de formação ética, bem como a avaliação de demanda e a definição de objetivos.

FORMAÇÃO EM PSICODIAGNÓSTICO E QUESTÕES ÉTICAS

Entendemos que o psicólogo é o profissional que pode desenvolver, durante sua formação, a competência para realizar um psicodiagnóstico. Podemos elencar algumas das competências designadas pelo Ministério da Educação (Brasil, 2011, p. 3) em suas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia envolvidos em processo de psicodiagnóstico:

> ... III – identificar e analisar necessidades de natureza psicológica, diagnosticar, elaborar projetos, planejar e agir de forma coerente com referenciais teóricos e características da população-alvo; IV – identificar, definir e formular questões de investigação científica no campo da Psicologia, vinculando-as a decisões metodológicas quanto à escolha, coleta e análise de dados em projetos de pesquisa; V – escolher e utilizar instrumentos e procedimentos de coleta de dados em Psicologia, tendo em vista a sua pertinência; VI – avaliar

> fenômenos humanos de ordem cognitiva, comportamental e afetiva, em diferentes contextos; VII – realizar diagnóstico e avaliação de processos psicológicos de indivíduos, de grupos e de organizações; . . . IX – atuar inter e multiprofissionalmente, sempre que a compreensão dos processos e fenômenos envolvidos assim o recomendar; X – relacionar-se com o outro de modo a propiciar o desenvolvimento de vínculos interpessoais requeridos na sua atuação profissional; . . . XIII – elaborar relatos científicos, pareceres técnicos, laudos e outras comunicações profissionais, inclusive materiais de divulgação; . . . XV – saber buscar e usar o conhecimento científico necessário à atuação profissional, assim como gerar conhecimento a partir da prática profissional.

Nos cursos de bacharelado em Psicologia no nosso país, essas competências são tratadas em diferentes disciplinas, como Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia da Personalidade, Psicopatologia, Avaliação Psicológica, Psicometria, Técnicas de Entrevista, Pesquisa em Psicologia, *Psicologia Clínica*, *Neuropsicologia*, entre outras. Além disso, outras modalidades de ensino-aprendizagem, como estágios básicos e profissionais, costumam incluir a necessidade de realização de avaliações psicológicas supervisionadas, entre elas o psicodiagnóstico. Werlang, Argimon e Sá (2015) lembram que essas atividades sempre devem levar em consideração as questões éticas, respeitando tais princípios.

Nesse sentido, entendemos que o psicólogo é o profissional com melhor qualificação para realizar tal atividade. Contudo, destacamos que nem sempre a graduação em Psicologia é suficiente para quem quer trabalhar em avaliação psicológica. O aluno de Psicologia necessita de conhecimentos específicos da área. Se considerarmos que, cada vez mais, os cursos de Psicologia vêm implementando novos conhecimentos em seus currículos (Bandeira, 2010), compreenderemos que, frequentemente, um profissional recém-formado não tem condições de realizar todos os tipos de avaliação psicológica que lhe sejam solicitadas, uma vez que ainda precisa desenvolver-se teórica e tecnicamente naquilo que seu curso não pôde enfatizar durante o desenvolvimento curricular. Compreendemos que a ampliação das áreas de estudo da Psicologia nos cursos de bacharelado também é muito benéfica à área de avaliação psicológica, contudo, impõe ao profissional a necessidade de constante atualização. Ainda, via de regra, percebemos que o adequado desenvolvimento da capacidade técnica para realizar um psicodiagnóstico relaciona-se à possibilidade de o profissional seguir supervisionando seus casos e buscando o conhecimento que não pôde ser desenvolvido na graduação e em cursos de pós-graduação, sejam eles *lato* ou *stricto sensu*.

Com relação às questões éticas, muito conteúdo consistente e relevante sobre a atuação ética do psicólogo já foi produzido (p. ex., Anache & Reppold, 2010; Hutz, 2015; Wechsler, 2005). Sugerimos a leitura desses materiais, assim como o acesso aos textos da The International Test Commission (ITC), associação de psicólogos e profissionais relacionados à área de avaliação da American Psychological Association, em especial as divisões 5 (Quantitative and Qualitative Methods), 7 (Developmental Psychology), 8 (Society for Personality and Social Psychology), 12 (Society of Clinical Psychology) e 40 (Society for Clinical Neuropsychology) e as resoluções do Conselho Federal de Psicologia (CFP), órgão que regulamenta a profissão de psicólogo no Brasil. Todas as resoluções editadas pelo CFP são importantes, mas, em relação à área de avaliação psicológica, recomendamos um estudo aprofundado: a) da aplicação dos princípios fundamentais contidos no Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2005); b) da Resolução nº 001/2009, que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos (CFP, 2009); c) da Resolução nº 016/2000, que aponta a necessidade de regulamentar regras e procedimentos que devem ser reconhecidos e utilizados nas práticas em pesquisa (de laboratório, campo e ação) (CFP, 2000a); d) da Resolução nº 002/2003, que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos (CFP, 2003a); e) da Resolução nº 007/2003, que institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo decorrentes de avaliação psicológica (CFP, 2003b); e f) da Resolução nº 011/2000, que reflete sobre a oferta de produtos e serviços ao público (CFP, 2000b).

Cabe ressaltar que, no Brasil, tanto o Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP) quanto a Associação Brasileira de Rorschach e outros Métodos Projetivos (ASBRO) são instituições que se preocupam com questões éticas na avaliação psicológica, assim como com outros

temas referentes à área. Manter-se em contato com essas e outras instituições da área, participar de congressos ou atividades desenvolvidas por elas, ou, ao menos, acompanhar os debates científicos relatados em publicações sobre avaliação psicológica, são cuidados importantes a serem observados pelo profissional que realiza psicodiagnóstico.

Além dessas questões, também nos parece adentrar ao campo da ética profissional o necessário cuidado com os aspectos pessoais do psicólogo. Dessa forma, entendemos como fundamental que todo profissional que realiza psicodiagnóstico tenha um espaço particular de reflexão e análise, diferente do oferecido pela supervisão, no qual possa trabalhar a si mesmo e, como consequência, diminuir possíveis pontos cegos que fazem parte de qualquer processo em que o objeto avaliado se assemelha ao objeto que avalia.

O tratamento pessoal é extensamente debatido e defendido pelos formadores de psicoterapeutas, mas não são encontradas muitas referências na área de avaliação psicológica sobre a importância desse aspecto nas atividades de psicodiagnóstico. Entendemos que uma prática ética e a atualização profissional só ocorrem com a possibilidade de abertura ao novo, com autocrítica quanto ao fazer diário, refletindo sobre a relação de seus desejos pessoais e suas escolhas profissionais. Tais competências não são aprendidas apenas com leituras ou participações em debates clínicos, mas a partir de um profundo processo de autoconhecimento. Atentando para esse aspecto, compreendemos que se ampliam as possibilidades de atualização profissional, diminuindo muito as ações dogmáticas e cartesianas no fazer psicodiagnóstico.

Portanto, é só a partir dos cuidados descritos que o psicólogo terá condições de realizar uma avaliação de demanda trazida pelo paciente ou por alguma fonte de encaminhamento.

PSICODIAGNÓSTICO: PENSANDO NA DEMANDA

Um psicodiagnóstico tem mais chances de ser bem-sucedido quando há uma boa pergunta a ser respondida. Essa pergunta nem sempre é formulada com clareza pelo paciente que busca avaliação, uma vez que, em muitas ocasiões, ele próprio não tem condições de perceber as razões do seu sofrimento. Em outras oportunidades, deparamo-nos com demandas genéricas relacionadas ao interesse pelo seu próprio funcionamento, como, por exemplo, o interesse em responder à pergunta "como eu sou?" ou a ideia de "eu vim aqui para me conhecer melhor". De modo geral, essas demandas não caracterizam uma boa pergunta a ser respondida, por tratar-se de questões muito amplas. Nessas ocasiões, recomendamos uma primeira reflexão clínica, a partir das entrevistas iniciais e/ou do contato com a fonte encaminhadora, visando especificar o motivo por trás do "interesse em se conhecer", por exemplo. A partir dessa redefinição da demanda, pode-se pensar no planejamento de uma atividade avaliativa. Na realidade, essa reflexão inicial já é o primeiro momento da avaliação, e deve ser feita com muito cuidado, uma vez que auxiliará a definir o que realmente precisará ser avaliado.

Como se trata de um processo de caráter científico, o psicodiagnóstico não prescinde da construção de hipóteses. Nesse sentido, boas perguntas são aquelas que auxiliam o profissional a confirmar ou a refutar determinadas hipóteses – por exemplo, em um caso de uma criança encaminhada para avaliação por estar com dificuldades de leitura e escrita, não conseguindo acompanhar o desempenho da turma. Aqui temos boas perguntas a responder: teria ela um transtorno específico de aprendizagem? Questões emocionais e/ou familiares estariam interferindo nos processos de aprendizagem de leitura e escrita? Haveria alguma questão neurológica envolvida? Poderíamos pensar em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)? Quais demandas psíquicas não estariam sendo atendidas, gerando, consequentemente, o sintoma?

Contratempos no encaminhamento do paciente também acontecem. Por vezes, a fonte encaminhadora não tem clareza do que envolve um psicodiagnóstico (ver Wainstein & Bandeira, 2013), ou um paciente é encaminhado para um profissional que realiza apenas avaliações psicológicas quando, devido à agudização do quadro, necessitaria de um atendimento psicoterápico de urgência. Como exemplo, temos o caso de uma pessoa com perda recente na família, por acidente de trânsito, que apresentava reações emocionais muito intensas e desorganizadas. O certo seria encaminhá-la a um profissional que já pudesse realizar uma intervenção com foco terapêutico. Sabe-se que toda a intervenção é precedida de uma avaliação, mas, como nessa situação se está diante de uma condição clínica aguda, o

processo avaliativo deve ser abreviado ou realizado concomitantemente ao processo psicoterápico, exigindo que o profissional também tenha conhecimentos e habilidades voltados à intervenção no sentido terapêutico.

Ainda, são encaminhados casos de crianças com dificuldades em acompanhar o que está sendo dado em sala de aula, e, ao recebê-las no consultório, o psicólogo percebe que têm dificuldades de visão. Nesse sentido, é função do profissional exercer um papel educativo, orientando toda a rede que faz uso de avaliações psicológicas.

Uma das fontes encaminhadoras mais comuns nos casos de crianças é a escola. É nela que os adultos (pais ou professores), ao comparar uma criança com as demais, percebem suas dificuldades e a encaminham para avaliação. Nesses casos, o psicólogo acaba sendo um dos primeiros profissionais a olhá-la de forma global. Como o processo de psicodiagnóstico envolve certo número de encontros, o psicólogo passa a ter uma visão mais aprofundada do caso, que vai além de aspectos emocionais e cognitivos. Por isso, é importante que tenha conhecimento de aspectos físicos, motores e neurológicos, a fim de poder encaminhar o paciente de forma correta a outros profissionais.

Outro aspecto interessante a ser observado tem relação com a demanda para o psicodiagnóstico. Há algumas décadas, a procura por psicodiagnóstico estava relacionada somente com a definição de um diagnóstico para o paciente. Atualmente, em grande parte das vezes (dado mais relacionado à demanda infantil, conforme Wainstein & Bandeira, 2013), o paciente já chega com um diagnóstico, dado por algum médico ou outro profissional da saúde ou, até mesmo, por um professor da escola. Nessas situações, deve-se refletir sobre o que está sendo solicitado, podendo caber ao psicólogo, entre outros: a) realizar a avaliação da pertinência do diagnóstico; b) realizar o diagnóstico diferencial; c) identificar forças e fraquezas do paciente e de sua rede de atenção visando subsidiar um projeto terapêutico; d) ampliar a compreensão do caso por meio da elaboração de um entendimento dinâmico, alicerçada em teoria psicológica; e e) refletir sobre encaminhamentos necessários ao caso.

Ainda em relação ao público encaminhado para psicodiagnóstico/atendimento psicológico, dados de pesquisas em clínicas-escola no Brasil (locais que geralmente publicam estudos sobre o perfil atendido) mostram que a maioria dos indivíduos encaminhados são crianças (Borsa, Segabinazi, Stenert, Yates, & Bandeira, 2013), meninos em maior frequência (Cunha & Benetti, 2009; Rocha & Ferreira, 2006; Santos, 2006; Scortegagna & Levandowski, 2004; Silvares, Meyer, Santos, & Gerencer, 2006). Outras pesquisas indicam que há certa igualdade entre percentuais de crianças e adolescentes ao serem comparados a adultos (Campezatto & Nunes, 2007; Louzada, 2003; Romaro & Capitão, 2003). Já quando as pesquisas envolvem a clientela adulta, o sexo feminino predomina (Campezatto & Nunes, 2007; Maravieski & Serralta, 2011).

Os quadros clínicos mais comumente encaminhados para psicodiagnóstico diferem-se por faixa etária. No que se refere a crianças e adolescentes, dados de uma pesquisa conduzida no Centro de Avaliação Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Borsa et al., 2013) apontam que prevalecem problemas de atenção, seguidos por problemas de interação social e de ansiedade e depressão, segundo dados coletados com o Child Behavior Checklist, Achenbach – CBCL (Achenbach, 2001). Outras pesquisas apontam problemas de aprendizagem como motivos comuns de encaminhamento (Graminha & Martins, 1994; Santos, 2006; Schoen-Ferreira, Silva, Farias, & Silvares, 2002; Scortegagna & Levandoswski, 2004). Problemas afetivos, de agressividade e de comportamento também são frequentes (Cunha & Benetti, 2009; Santos, 2006). No caso de adultos, costumam aparecer problemas emocionais e de relacionamento familiar (Louzada, 2003; Maravieski & Serralta, 2011).

Concomitantemente à definição do que se está recebendo como demanda, das hipóteses e das estratégias de avaliação, é possível que haja necessidade de avaliações de outros profissionais. Por vezes, só se consegue completar o processo psicodiagnóstico com avaliações de outros profissionais, como fonoaudiólogos, neurologistas e psiquiatras. Esse é o momento de aproveitar para discutir o caso. Em nossa experiência, a troca com outros profissionais tem sido muito rica, gerando aprofundamento do caso em questão.

Portanto, levando em consideração os aspectos já expostos, o psicólogo realizará a avaliação da demanda para, caso se mostre válido, estabelecer os objetivos do psicodiagnóstico. São esses objetivos que nortearão a eleição das técnicas e/ou instrumentos a serem utilizados posteriormente.

OBJETIVOS DO PSICODIAGNÓSTICO

Entendemos que psicodiagnóstico é um procedimento científico de investigação e intervenção clínica, limitado no tempo, que emprega técnicas e/ou testes psicológicos com o propósito de avaliar uma ou mais características psicológicas visando um diagnóstico psicológico (descritivo e/ou dinâmico), construído à luz de uma orientação teórica que subsidie a compreensão da situação avaliada, gerando uma ou mais indicações terapêuticas e encaminhamentos. Levando em consideração esse conceito, acreditamos que ele pode ser realizado de diferentes maneiras e com diferentes objetivos.

A avaliação da demanda indicará qual aspecto avaliativo deverá ser priorizado em cada caso, situando-se o objetivo do psicodiagnóstico a partir dessa reflexão inicial. Segundo Cunha (2000), precursora do psicodiagnóstico em nosso meio, os objetivos podem priorizar: a) a classificação simples; b) a descrição; c) a classificação nosológica; d) o diagnóstico diferencial; e) a avaliação compreensiva; e) o entendimento dinâmico; f) a prevenção; g) o prognóstico; e h) a perícia forense. Concordamos basicamente com Cunha (2000) com relação a esse aspecto. Contudo, entendemos que, ao realizar uma perícia forense, não necessariamente está se fazendo um psicodiagnóstico.

Na perícia forense, o objetivo, na maioria das vezes, é responder a quesitos legais, solicitados pelo juiz (para uma leitura mais aprofundada, ver Rovinski, 2013). Conforme Rovinski (2010, p. 95), ". . . a avaliação forense, mais especificamente, quando exercida como atividade pericial, diferencia-se em muitos aspectos daquela realizada no contexto clínico. A não diferenciação de tais padrões de avaliação acaba por gerar conflitos de papéis e, consequentemente, condutas antiéticas.".

Uma pessoa que busca auxílio de um psicólogo para lidar com o sofrimento geralmente estabelece com o profissional uma relação de cooperação e aliança de trabalho diferente daquele sujeito que é encaminhado para uma perícia em contexto jurídico. Neste último, fenômenos como simulação e dissimulação conscientes, inerentes a essa realidade avaliativa, acabam exigindo cuidados técnicos específicos, que diferem daqueles eminentemente clínicos. Ainda assim, reconhecemos a semelhança entre muitos aspectos técnicos adotados na perícia e no psicodiagnóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressaltamos que o psicodiagnóstico é uma atividade profissional do psicólogo, cuja formação durante o período de graduação é essencial, mas carece de um estudo continuado, especialmente no que tange aos avanços em termos de instrumentos de avaliação psicológica e psicopatologia. O cuidado com aspectos psíquicos da pessoa do psicólogo é condição *sine qua non* para a abertura à atualização e à reflexão técnica e o consequente fazer avaliativo adequado.

Assim, os objetivos do psicodiagnóstico são coerentes com essa formação e exigem do psicólogo amplo conhecimento de competências, além de estudos sobre diversas áreas da psicologia. A forma de conduzir um processo psicodiagnóstico será trabalhada intensamente neste livro, mas, nesse momento, queremos marcar a necessidade de se ter claro, ao iniciá-lo, o que é esperado, com que tipo de população se trabalha e o que é possível atingir com ele, de forma que sua potencialidade possa ser atingida, reconhecendo-se suas forças e limitações, sempre respeitando os preceitos éticos da profissão.

REFERÊNCIAS

Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the child behavior checklist/6-18 and 2001 profile*. Burlington: University of Vermont.

Anache, A. A., Reppold, C. T. (2010). Avaliação psicológica: Implicações éticas. In Conselho Federal de Psicologia (CFP), *Avaliação psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão*. Brasília: CFP.

Bandeira, D. R. (2010). Repensando a formação em avaliação psicológica no Brasil. In A. P. Noronha, N. Hanazumi, A. L. Francisco, S. O. Santos, A. V. Cruces, A. F. de Barros ... A. C. Menezes. (Org.), *Ano da avaliação psicológica: Textos geradores*. Brasília: CFP.

Borsa, J. C., Segabinazi, J. D., Yates, D. B., Stenert, F., & Bandeira, D. R. (2013). Caracterização da clientela infanto-juvenil de uma clínica-escola de avaliação psicológica. *Psico PUC, 44*(1), 73-81.

Brasil. Ministério da Educação. (2011). *Resolução nº 5, de 15 de março de 2011*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Recuperado de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192Camperatto, P. V. M., & Nunes, M. L. (2007). Atendimento em Clínicas-Escola de Psicologia da Região Metropolitana de Porto Alegre. *Estudos de Psicologia, 24*(3), 363-374.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2000a). *Resolução CFP nº 016/2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Recuperado de http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_016-00.aspx

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2000b). *Resolução CFP nº 011/2000*. Disciplina a oferta de produtos e serviços ao público.

Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_11.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2003a). *Resolução CFP nº 002/2003*. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/03/resolucao2003_02_Anexo.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2003b). *Resolução CFP nº 007/2003*. Institui o manual de elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP nº 17/2002. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2005). *Resolução CFP nº 010/05*. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/07/resolucao2005_10.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2009). *Resolução CFP nº 001/2009*. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf

Cunha, J. A. (2000). Fundamentos do psicodiagnóstico. In J. A. Cunha, *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Cunha, T. R. S., & Benetti, S. P. C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 117-127.

Graminha, S. S. V., & Martins, M. A. O. (1994). Procura de atendimento psicológico para crianças: Características da problemática relatada pelos pais. *Psico*, *25*(2), 53-79.

Hutz, C. S. (2015). Questões éticas na avaliação psicológica. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini. (Eds.), *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed.

Louzada, R. C. R. (2003). Caracterização da clientela atendida no Núcleo de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Espírito Santo. *Estudos de Psicologia*, *8*(3), 451-457.

Maravieski, S., & Serralta, F. B. (2011). Características clínicas e sociodemográficas da clientela atendida em uma clínica-escola de psicologia. *Temas em Psicologia*, *19*(2), 481-490.

Rocha, A. C., & Ferreira, E. A. P. (2006). Queixas identificadas em crianças e adolescentes atendidos pelo serviço de Psicologia Pediátrica de um Hospital Universitário. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, *16*(1), 32-48.

Romaro, R. A., & Capitão, C. G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, *5*(1), 111-121.

Rovinski, S. L. R. (2010). A avaliação psicológica no contexto jurídico. In A. P. Noronha, N. Hanazumi, A. L. Francisco, S. O. Santos, A. V. Cruces, A. F. de Barros, ... A. C. Menezes. (Orgs.), *Ano da avaliação psicológica: Textos geradores*. Brasília: CFP.

Rovinski, S. L. R. (2013). *Fundamentos da perícia psicológica* (3. ed.). São Paulo: Vetor.

Santos, P. L. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, *11*(2), 315-321.

Schoen-Ferreira, T. H., Silva, D. A., Farias, M. A., & Silvares, E. F. M. (2002). Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (CAAA) – UNIFESP/EPM. *Psicologia em Estudo, Maringá*, *7*(2), 73-82.

Scortegagna, P., & Levandowski, D. C. (2004). Análise dos encaminhamentos de crianças com queixa escolar da rede municipal de ensino de Caxias do Sul. *Interações*, *9*(18), 127-152.

Silvares, E. F. M., Meyer, S. B., Santos, E. O. L., & Gerencer, T. T. (2006). Um estudo em cinco clínicas-escolas brasileiras com a lista de verificação comportamental para crianças (CBCL). In E. F. M. Silvares (Ed.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. Campinas: Alíneas.

Wainstein, E. A. Z., & Bandeira, D. R. (2013). Psicodiagnóstico: A contribuição da avaliação psicológica no trabalho com crianças. In J. Outeiral & J. Treiguer (Eds.), *Psicanálise de crianças e adolescentes*. Curitiba: Maresfield Gardens.

Wechsler, S. (2005). Guia de procedimentos éticos para a avaliação psicológica. In S. Wechsler, R. S. L. Guzzo (Eds.), *Avaliação psicológica: Perspectiva internacional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Werlang, B. S. G., Argimon, I. I. L., & Sá, D. S. (2015). Avaliação psicológica com propósitos clínicos. In S. M. Barroso, F. Scorsolini-Comin, & E. Nascimento (Eds.), *Avaliação psicológica: Da teoria às aplicações*. Rio de Janeiro: Vozes.

3

O PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

Maisa S. Rigoni
Samantha Dubugras Sá

Este capítulo abordará o processo de realização de um psicodiagnóstico, apresentando os passos recomendados para a sua execução. Também serão apresentados os diferentes modelos e objetivos dessa prática, realizada exclusivamente pelo psicólogo, que representa, como sintetiza Barbieri (2010), um marco distintivo da identidade desse profissional. A Lei Federal nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que dispõe sobre a formação em psicologia e regulamenta a profissão no Brasil, define que a prática de diagnóstico psicológico, bem como a realização de um psicodiagnóstico, é atribuição exclusiva do profissional da psicologia (Brasil, 1962).

O psicodiagnóstico é um dos tipos de avaliação psicológica realizada com objetivos clínicos, portanto, não abrange todas as formas de avaliação psicológica. Atualmente, a avaliação psicológica é entendida como um processo que permite descrever e compreender a pessoa em suas diferentes características, investigando tanto aspectos da personalidade quanto aspectos cognitivos, abordando possíveis sintomas, questões do desenvolvimento, questões neuropsicológicas, características adaptativas e desadaptativas, entre outros, permitindo, assim, que se chegue a um prognóstico e à melhor estratégia e/ou à abordagem terapêutica necessária.

De modo geral, pode-se afirmar que o psicodiagnóstico é um processo bipessoal (psicólogo – avaliando/grupo familiar), de duração limitada no tempo, com um número aproximadamente definido de encontros, que procura descrever e compreender as forças e as fraquezas do funcionamento psicológico de um indivíduo, tendo foco na existência ou não de uma psicopatologia (Cunha, 2000). Assim, o psicodiagnóstico pode ser entendido como um processo com início, meio e fim, que utiliza entrevistas, técnicas e/ou testes psicológicos para compreender as potencialidades e as dificuldades apresentadas pelo avaliando, tendo por base uma teoria psicológica e buscando, assim, coletar dados mais substanciais para a realização de um encaminhamento mais apropriado. Então, possibilita descrever o funcionamento atual, confirmar, refutar ou modificar impressões; realizar diagnóstico diferencial de transtornos mentais, comportamentais e cognitivos; identificar necessidades terapêuticas e recomendar a intervenção mais adequada, levando em conta o prognóstico (Witternborn, 1999).

Cabe salientar que, como bem lembra Cunha (2000), o psicodiagnóstico derivou da psicologia clínica em torno de 1896, quando surgiram os primeiros testes mentais. Nessa época, o psicólogo se limitava a aplicar um ou outro teste solicitado por outros profissionais, e trabalhava com um modelo médico de atendimento, mantendo certo distanciamento do avaliando, buscando não perder a objetividade em seu trabalho. Não havia um procedimento em que o avaliando fosse atendido de forma integrada e compreensiva. Esse cenário começou a ser modificado com o surgimento da psicanálise e com o desenvolvimento das técnicas projetivas, o que permitiu que se pudesse ter uma compreensão mais profunda e abrangente do

sujeito avaliado (Carrasco & Sá, 2010; Werlang & Argimon, 2003). Uma das atividades do psicólogo clínico é identificar e compreender, na singularidade do indivíduo, suas características, seus sintomas e seu funcionamento psíquico, e, assim, explicitar diagnósticos. A palavra "diagnóstico" origina-se do grego *diagnōstikós* e significa discernimento, faculdade de conhecer. No sentido amplo do termo, a ação de diagnosticar é inevitável, já que, sempre que se explicita a compreensão de um fenômeno, realiza-se um dos possíveis diagnósticos. Mas, no campo da ciência, esse termo refere-se à possibilidade de conhecimento por meio da utilização de conceitos, noções e teorias científicas (Ancona-Lopez, 1984).

Pensando no conceito de psicodiagnóstico, palavra também de origem grega (*psique* = mente, *dia* = atráves, *gnosis* = conhecimento), Sendín (2000) entende que se trata da expressão mais antiga e que melhor reflete, etimologicamente, o caráter processual da tarefa de diagnosticar, pois se refere a um conhecimento dos aspectos mais relevantes do funcionamento psíquico. Embora na contemporaneidade se entenda o psicodiagnóstico como um processo de avaliação amplo, esse termo ainda está associado à sua procedência do campo médico, com enfoque diagnóstico estritamente classificatório. Em função disso, alguns psicólogos rechaçam esse termo e defendem sua substituição pela expressão avaliação psicológica. Entretanto, Cunha (1993) esclarece que essa expressão é um conceito muito amplo, enquanto "psicodiagnóstico" explicita uma avaliação psicológica com propósitos clínicos. A autora salienta, ainda, que o termo "testagem" se refere a um tipo de recurso da avaliação psicológica, enquanto o "psicodiagnóstico" pressupõe a utilização de outros instrumentos/procedimentos que vão além do emprego de testes, a fim de abordar os dados psicológicos de forma mais sistemática, científica e orientada para a resolução de problemas.

Diante dessa situação, surgiu a necessidade de um enquadramento que atendesse às características específicas do psicodiagnóstico, por se tratar de um processo limitado no tempo e que utiliza técnicas e/ou testes psicológicos, podendo, assim, ter vários objetivos. Esses objetivos podem ser referentes a uma classificação simples, a uma descrição ou até mesmo a uma classificação nosológica, entre outros, conforme o que foi abordado no Capítulo 2.

Nessa perspectiva, Arzeno (1995) refere que o psicodiagnóstico contempla algumas finalidades, como:

1. *Investigação diagnóstica: tem como objetivo explicar o que acontece além do que o avaliando consegue expressar de forma consciente – e isso não significa rotulá-lo.*
2. *Avaliação do tratamento: visa avaliar o andamento do tratamento. Seria o "reteste", no qual se aplica novamente a mesma bateria de testes usados na primeira ocasião ou uma bateria equivalente.*
3. *Como meio de comunicação: procura facilitar a comunicação e, em consequência, a tomada de insight.*
4. *Na investigação: com o intuito de criar novos instrumentos de exploração da personalidade e, também, de planejar a investigação para o estudo de uma determinada patologia, etc.*

Ampliando os conceitos de Arzeno (1995), acreditamos que, além do que foi exposto anteriormente, um psicodiagnóstico pode ter um alcance ainda maior. Embora não seja sua principal finalidade, pode ser terapêutico, uma vez que o vínculo estabelecido entre avaliador e avaliado, assim como os resultados obtidos e comunicados, pode contribuir para uma decisão mais assertiva por parte do avaliado quanto à escolha entre um ou outro tratamento, à mudança de um estilo de vida, ou mesmo quanto ao rumo que dará às recomendações do avaliador. Outro ponto relevante diz respeito ao uso ou não de uma bateria de testes e "retestes", isto é, entendemos que os testes psicológicos e as técnicas são recursos disponíveis, mas que em nenhum momento substituem ou são mais importantes do que a escuta e o olhar clínico do avaliador, pois nem sempre será necessária a utilização dessas ferramentas.

Quando se opta pelo uso de testes psicológicos, Ocampo, Arzeno e Piccolo (2005), Arzeno (2003) e Trinca (1984) inferem que a escolha das estratégias e dos instrumentos a serem empregados é feita sempre de acordo com o referencial teórico, com a finalidade e com o objetivo (clínico, profissional, educacional, forense, etc.) do psicodiagnóstico. Arzeno (1995, p. 10) refere que ". . . as conclusões de todo o material obtido são discutidas com o interessado, com seus pais, ou com a família completa, conforme o caso e o sistema do profissional". Dessa forma, a entrevista de

devolução visa informar os resultados, mas nela podem surgir, de maneira involuntária, efeitos terapêuticos, denominados de psicodiagnóstico interventivo, que equivale a uma avaliação terapêutica, caracterizada pela realização de intervenções como assinalamentos, interpretações, entre outros, durante as entrevistas e as aplicações de técnicas projetivas (Barbieri, 2010). Salientamos, assim, a existência de estudos que consideram o psicodiagnóstico uma possibilidade de intervenção terapêutica, e não apenas diagnóstica (Carrasco & Sá, 2010). No que diz respeito ao psicodiagnóstico interventivo, ele será mais bem analisado no Capítulo 15.

Entretanto, "diagnosticar" alguém é algo secundário, caso se pense que, ao identificar as forças e as fraquezas do avaliando, estamos tentando entender o que se passa com ele nesse momento de sua vida e de quais recursos dispõe para que seja possível formular recomendações terapêuticas adequadas (terapia breve e prolongada, individual, sistêmica, de grupo, entre outras; frequência; tratamento medicamentoso; etc.). Mesmo quando é detectada a presença de algum transtorno mental, o objetivo maior do psicodiagnóstico é encaminhar o indivíduo para o tratamento mais adequado.

O processo tem início no encaminhamento, que é o que justifica a sua realização. Vários são os profissionais que podem solicitar a avaliação psicológica, como neurologistas, psiquiatras, pedagogos, entre outros. No entanto, muitas vezes o encaminhamento é vago, cabendo ao psicólogo o seu esclarecimento prévio, para então ter certeza de que a indicação é, de fato, para um psicodiagnóstico. E como se realiza um psicodiagnóstico?

Para Ocampo e colaboradores (2005), o processo envolve quatro etapas. A primeira principia no contato inicial, estendendo-se até a primeira entrevista com o avaliando; a segunda consiste na aplicação de testes e técnicas psicológicas; a terceira diz respeito à conclusão do processo, com a devolução oral ao avaliando (e/ou aos pais); e a última refere-se à elaboração do informe escrito (laudo/relatório) para o solicitante e para o avaliando (e/ou aos pais). Propomos, de forma mais detalhada, oito etapas (ver Quadro 3.1).

Vejamos o passo a passo: uma vez de posse do encaminhamento, cabe ao psicólogo ampliar o motivo, elencando as principais queixas e sofrimentos psíquicos apresentados pelo avaliando. O psicodiagnóstico pode ser realizado em consultórios privados, clínicas psicológicas ou psiquiátricas, instituições, postos de saúde ou hospitais. Dependendo do local onde irá ocorrer o processo, poderá haver certa urgência na avaliação. Por exemplo, em um ambiente de internação, geralmente sua realização ocorre de forma mais breve,

QUADRO 3.1
Passos de um processo de psicodiagnóstico

Passos	Especificações
1.	Determinar os motivos da consulta e/ou do encaminhamento e levantar dados sobre a história pessoal (dados de natureza psicológica, social, médica, profissional, escolar).
2.	Definir as hipóteses e os objetivos do processo de avaliação. Estabelecer o contrato de trabalho (com o examinando e/ou responsável).
3.	Estruturar um plano de avaliação (selecionar instrumentos e/ou técnicas psicológicas).
4.	Administrar as estratégias e os instrumentos de avaliação.
5.	Corrigir ou levantar, qualitativa e quantitativamente, as estratégias e os instrumentos de avaliação.
6.	Integrar os dados colhidos, relacionados com as hipóteses iniciais e com os objetivos da avaliação.
7.	Formular as conclusões, definindo potencialidades e vulnerabilidades.
8.	Comunicar os resultados por meio de entrevista de devolução e de um laudo/relatório psicológico. Encerrar o processo de avaliação.

pois, muitas vezes, a conclusão e a emissão do laudo serão determinantes para a adequação de alguma medicação ou mesmo para a alta e futuro tratamento ambulatorial. Já em uma avaliação em uma clínica, cujo funcionamento costuma ser ambulatorial, há mais tempo para a realização do processo; no entanto, o mesmo tende a durar, em média, dois meses, podendo ter uma frequência semanal maior ou menor, dependendo do caso, totalizando, aproximadamente, 6 a 12 encontros, no máximo.

Seja qual for o local, em um primeiro momento deve-se realizar a primeira entrevista (entrevista inicial) para que se esclareça o encaminhamento. Ocampo, Arzeno e Piccolo (2009, p. 29) referem que, "... No motivo de consulta deve-se discriminar entre o *motivo manifesto e motivo latente*". O motivo manifesto diz respeito ao que levou à solicitação do psicodiagnóstico, e é o que, de fato, preocupa, a ponto de tornar-se um sinal de alerta; já o motivo latente diz respeito ao que não é tão óbvio, às hipóteses subjacentes elaboradas pelo psicólogo enquanto escuta e reflete sobre o que é manifesto. Ainda nesse primeiro encontro, é preciso que fiquem bem definidos os papéis do psicólogo, dos familiares e do avaliando. O primeiro deve coletar o máximo de informações possível para que se possa conhecer exaustivamente a pessoa a ser avaliada e extrair da entrevista dados para a formulação de hipóteses, viabilizando, assim, o planejamento da avaliação; aos demais cabe não sonegar informações ao profissional. Se não tivermos os objetivos bem claros e acordados entre o avaliador e a pessoa que solicitou o psicodiagnóstico, o processo dificilmente será satisfatório (Urbina, 2007). Também nesse primeiro contato, após se esclarecer como o processo ocorrerá, sugerimos que se proceda à assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, em que a pessoa a ser avaliada ou o seu responsável legal autorizará a realização da avaliação. É importante salientar que, no caso de crianças, a primeira entrevista precisa ser feita com os pais ou responsáveis; já no caso de adultos, nem sempre é necessário entrevistar algum familiar. Em alguns casos, torna-se relevante a inclusão de entrevistas com membros da família que possam estar implicados na demanda do avaliando (Ancona-Lopez, 2002).

No que diz respeito ao psicodiagnóstico de adolescentes, a primeira entrevista poderá ser realizada com os pais/responsáveis ou com o próprio adolescente, dependendo de seu caso e/ou idade. Ainda assim, salientamos que o contato com os pais/responsáveis é imprescindível, uma vez que eles precisam autorizar o processo de avaliação, já que se trata de um menor de idade.

Muitas vezes, em caso de avaliandos crianças e adolescentes, embora seja solicitado que em um primeiro momento compareçam somente os pais ou responsáveis, os avaliandos acabam por vir junto. Nesses casos, é de suma importância que o psicólogo tenha muito cuidado com o que será abordado na primeira entrevista, procurando preservar o avaliando, evitando expor questões mais delicadas. É fundamental que, ao final desse primeiro encontro, fique agendado um próximo momento somente com os pais ou responsáveis, devendo-se explicar para o avaliando que isso ocorrerá uma vez que não é necessária sua presença, pois serão coletadas informações que ele não teria condições de fornecer. Com o intuito de manter um vínculo com o avaliando, agenda-se um horário somente com ele, dando início à escuta privativa, procurando valorizar esse espaço ao demonstrar a importância de escutá-lo.

Para que o psicólogo tenha clareza do que deverá ser investigado, bem como para que tenha dados suficientes para construir a história de vida do avaliando, podem ser realizadas quantas entrevistas forem necessárias. Ainda assim, o profissional dispõe de um tempo limitado, pois tanto a duração excessiva do processo como o seu abreviamento podem ser prejudiciais. Ao longo dessas entrevistas, o psicólogo naturalmente elenca algumas hipóteses, e, dessa forma, define que tipo de instrumentos precisará utilizar e em que ordem deverá aplicá-los.

A partir do que foi coletado nas primeiras entrevistas, o psicólogo terá condições de elaborar o plano de ação. O plano inicia com as primeiras entrevistas, e, ao longo delas, se constrói o contrato de trabalho, em que são previstos os papéis de cada parte; a questão de sigilo e privacidade; o número aproximado de encontros, incluindo-se as primeiras entrevistas; a bateria de testes que será utilizada, se necessário; as entrevistas de devolução; e a forma como serão pagos os honorários (caso se trate de consultas particulares ou em uma instituição paga). Esse plano é construído nos primeiros encontros, podendo sofrer variações ao longo do processo. Por exemplo, ao ser feita uma hipótese inicial, decide-se, então, pela aplicação de alguns testes, mas pode ocorrer que, em um segundo teste, se obtenha uma resposta para a demanda. Assim, deve-se

abrir mão da aplicação de outros instrumentos planejados *a priori*, pois ela não será mais necessária, e, com isso, o número de encontros diminui. O inverso também pode ocorrer, uma vez que se pode acrescentar outros métodos, testes ou técnicas, o que acarretaria um número maior de entrevistas para que se tenha uma compreensão mais exata do caso. Por meio do instrumental utilizado no psicodiagnóstico, é possível alcançar uma compreensão da demanda, incluindo os problemas, os sintomas e as queixas apresentados pelo avaliando, com mais brevidade do que o necessário com outros métodos (González, 1999).

Um exemplo: em uma avaliação psicológica em que o avaliando veio encaminhado por seu psiquiatra com suspeita de déficit intelectual, verificamos, durante a testagem, que seus resultados no WAIS-III foram todos superiores à média estimada para sua faixa etária, mudando, assim, o rumo da investigação. Em decorrência disso, tornou-se necessária a utilização de outros testes que focassem no funcionamento da personalidade e não no intelecto. Logo, o plano de avaliação deveria contemplar todo o processo e servir de orientação ao profissional; ou seja, é o passo a passo do que será realizado.

Quanto à duração do processo, cabe ressaltar que, quando o profissional abrevia o tempo, corre o risco de deixar hipóteses em aberto, o que acaba resultando na precariedade dos resultados por um déficit de informação, independentemente dos recursos utilizados (Ocampo et al., 2009), e, com isso, compromete o encaminhamento. Já o oposto, isto é, o prolongamento do processo, pode ocasionar um vínculo inadequado para o psicodiagnóstico, fazendo o avaliando confundir o processo com uma psicoterapia, o que dificulta o fechamento e também compromete o encaminhamento. Um bom exemplo disso seria quando o avaliando não busca o tratamento indicado, argumentando desejar um seguimento com o profissional que o avaliou. No entanto, muitas vezes o profissional trabalha exclusivamente com avaliação psicológica, e, nesses casos, ao final do processo, realizam-se os devidos encaminhamentos; outros psicólogos preferem iniciar seus atendimentos com um psicodiagnóstico e, a partir disso, iniciar ou não um processo psicoterapêutico, dependendo dos achados ao longo do processo.

Ainda sobre os passos do psicodiagnóstico, pode-se incluir a aplicação de testes e/ou técnicas psicológicas, que constituem ferramentas auxiliares no trabalho do psicólogo. Tais ferramentas podem ser um meio para se alcançar um fim, porém nunca um fim em si (Urbina, 2007). Dessa maneira, "... como outras ferramentas, os testes psicológicos podem ser extremamente úteis – e até mesmo insubstituíveis – quando usados de forma apropriada e hábil" (Urbina, 2007, p. 14). Então, em um segundo momento, define-se a bateria a ser utilizada. O planejamento deve levar em consideração as características do caso (idade, sexo, escolaridade, ocupação/profissão, condições físicas, etc.), a sequência (ordem de aplicação) e o ritmo (número de entrevistas previstas para a aplicação dos testes selecionados).

Os testes psicológicos (psicométricos ou projetivos) refinam a capacidade do profissional de captar e compreender indivíduos, grupos e fenômenos psicológicos (Urbina, 2007; Werlang, Villemor-Amaral, & Nascimento, 2010). Contudo, para que os resultados alcançados sejam válidos, além de seguir à risca as instruções e o sistema de levantamento e interpretação do instrumento, é fundamental também garantir condições básicas no ambiente físico, certificar-se dos estados físico e psicológico do examinado, bem como gerenciar o contexto clínico em que será desenvolvida a avaliação (Werlang & Argimon, 2003). As condições físicas e psicológicas do examinado devem estar preservadas para que a tarefa a ser desenvolvida seja compreendida de forma correta, sendo essenciais a motivação, o interesse e o desejo de se submeter ao processo de avaliação. Em situações especiais, como em casos de internação psiquiátrica, é fundamental considerar o estado mental e até mesmo a possibilidade de impregnação por medicamentos que possam diminuir a motivação para o trabalho e alterar os resultados da testagem. No caso de avaliação forense, em que o periciado não se submete por livre vontade ao processo psicodiagnóstico, mas por imposição judicial, a resistência a responder aos testes, a não cooperação e a distorção consciente e intencional das respostas certamente irão repercutir na validade dos achados. Em situações especiais, o psicólogo deve contar com sua sensibilidade clínica para manejar a situação com propriedade, atenuando os obstáculos, observando e analisando todos os indícios comportamentais de modo a isentar as variáveis que possam prejudicar o processo de avaliação.

Quando pensamos na ordem de aplicação da bateria de testes selecionada, é recomendável que os primeiros testes sejam os menos ansiogênicos

para a pessoa a ser avaliada, justamente para que não se desenvolva alguma resistência ante o processo. Dito de outra forma, o teste que mobiliza o motivo manifesto para a realização do psicodiagnóstico nunca deve ser o primeiro a ser administrado. Assim, por exemplo, em uma criança encaminhada para avaliação cognitiva, jamais se deve iniciar a bateria de testes pelo WISC-IV.

Fica evidente, então, que o primeiro objetivo diz respeito à formação do vínculo entre o profissional e seu avaliando, a fim de garantir o bom andamento do processo, o que justifica a não utilização, em um primeiro momento, de testes que mobilizem uma conduta que corresponda ao sintoma. Tais testes devem ser deixados para um segundo momento.

Habitualmente, os testes gráficos tendem a ser os mais apropriados, uma vez que abarcam aspectos mais dissociados, são mais econômicos quanto ao tempo e envolvem materiais mais simples e familiares ao avaliando, propiciando, dessa forma, o estabelecimento de um vínculo favorável para a continuidade do processo. Em grande parte dos casos, desenhar é uma tarefa conhecida e que o avaliando já realizou em algum outro momento da vida, utilizando lápis e papel. Obviamente, essas tarefas não são recomendáveis para avaliandos que tenham, por exemplo, alguma dificuldade de motricidade fina, devendo-se optar, então, por algum teste psicométrico que não provoque ansiedade.

Em seguida, pode-se usar os testes que abordam, de certa forma, o conflito ou a problemática que originou o processo. No caso da necessidade de se verificar as características da personalidade, é interessante que seja acrescentado um teste projetivo e outro psicométrico, que devem chegar a conclusões aproximadas, objetivando uma intervalidação de resultados. Na sequência, pode-se dar continuidade com a utilização de testes que avaliam as questões cognitivas, tendo sempre o cuidado de fechar a bateria com um teste que não eleve a ansiedade, pois isso pode prejudicar o momento da devolução, com a recusa do avaliando a comparecer à entrevista de devolução.

A questão dos testes já foi bastante discutida ao longo da profissão de psicólogo, mas acreditamos que seu uso é extremamente útil para que se tenha mais objetividade e para que não se tenha um olhar subjetivo em relação à história e às reações do avaliando. Urbina (2007) refere dois motivos para a utilização de testes psicológicos. O primeiro seria a eficiência, já que contemplam tempo e custo reduzidos, uma vez que, em certas situações, como, por exemplo, para a determinação de um diagnóstico diferencial visando a definição do uso de medicação, não é oportuna a realização de observações e interações prolongadas com quem está sendo avaliado. O segundo motivo seria a objetividade, pois os testes seguem padrões de fidedignidade e validade que asseguram quem está aplicando; porém, os dados observados são organizados de modo não sistemático, o que pode levar a julgamentos pouco precisos. Ainda assim, nenhum teste isolado substitui o olhar clínico acurado do profissional durante as entrevistas e a condução do psicodiagnóstico, ou seja, o psicólogo não é meramente um "testólogo", mas um profissional habilitado e capaz de integrar os achados da testagem e das entrevistas, denotando um olhar mais amplo e compreensivo em relação ao avaliando.

Contudo, antes de aplicar qualquer teste, cabe ao profissional estar habilitado para usá-lo, isto é, o psicólogo deve ter domínio quanto à aplicação, ao levantamento e à interpretação dos testes por ele escolhidos. Deve também consultar o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi) – disponível no *site* do Conselho Federal de Psicologia (CFP)[1] –, a fim de certificar-se que o teste escolhido apresenta parecer favorável para o uso profissional, contendo estudos de validade, fidedignidade, normatização e padronização para a população brasileira (CFP, 2003a).

É dever do psicólogo manter-se atualizado quanto à literatura da sua área de atuação, e, no que tange à avaliação psicológica, é imprescindível que esteja atualizado quanto às pesquisas mais recentes realizadas com os instrumentos que utiliza. Recomendamos que o profissional busque informações além daquelas fornecidas nos manuais, lembrando que esses fornecem informações básicas, não tendo como abarcar todos os dados da literatura já publicados (Alves, 2004).

Cabe relembrar a importância da Resolução 002/2003 (CFP, 2003a), um marco fundamental na profissão do psicólogo no Brasil, que determinou os requisitos mínimos e obrigatórios que os instrumentos psicológicos devem atender para o seu uso adequado (Noronha, Primi, & Alchieri, 2004). A partir dela, o CFP passou a recomendar somente o uso dos testes avaliados com parecer favorável da Comissão Consultiva; os demais,

[1] Disponível em: http://site.cfp.org.br/

com parecer desfavorável ou ainda não avaliados, continuam tendo seu uso permitido apenas em pesquisa.

Dando continuidade ao processo de psicodiagnóstico, após a aplicação, o levantamento e a interpretação dos resultados obtidos, espera-se que o profissional chegue a uma conclusão que responda à demanda que o originou. Diante disso, deve comunicar os resultados encontrados, visando um encaminhamento adequado para o avaliando. A transmissão dessa informação é, sem dúvida, o objetivo primordial dessa avaliação, que culmina em uma entrevista final, posterior à aplicação do último teste (Ocampo et al., 2009).

Essa comunicação ocorre em duas vias: escrita e oral. A primeira é realizada por meio de um laudo/relatório, devendo conter uma linguagem clara, concisa, inteligível e precisa, adequada ao requerente, conforme orientação do CFP (2003b) por meio da Resolução 007/2003, restringindo-se às informações que se fizerem necessárias. A segunda trata da comunicação verbal, que pode ser realizada na forma de uma ou mais entrevistas de devolução. Uma boa devolução inicia com um aprofundado conhecimento do caso, que proporcionará uma base sólida para que se proceda com eficácia (Ocampo et al., 2009).

Mais uma vez, é fundamental que o psicólogo conheça e siga as recomendações contidas na Resolução 007/2003 (CFP, 2003b), que institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes da avaliação psicológica. Essa resolução serve de orientação ao profissional no momento de redigir qualquer documento que se torne necessário durante e/ou ao final do psicodiagnóstico. Deve ser evitada a elaboração de laudos/relatórios de pouca qualidade técnico-científica, que contenham universalidades e ambiguidades, assim como a elaboração de laudos/relatórios sofisticados (excessivamente técnicos), sendo mais adequado um estilo que ressalte a individualidade e a objetividade, usando uma linguagem correta, simples, clara e consistente, que facilite a comunicação clínica.

Objetivando o término do processo, as entrevistas de devolução podem ocorrer de forma sistemática ou assistemática. A forma sistemática é a entrevista mais habitual, que tem como objetivo a devolução dos resultados e a entrega do laudo. Já a forma assistemática é comumente utilizada nos casos em que há o predomínio de uma ansiedade mais elevada por parte do avaliando e/ou do seu responsável, em que se considera pertinente o fornecimento de pequenos *feedbacks* ao longo do andamento do processo, visando a dirimir essa ansiedade. Outra situação em que se faz necessária a devolução assistemática é em casos graves ou de risco de suicídio.

Ainda no que tange à entrevista de devolução, recomenda-se que se inicie abordando os aspectos mais sadios, adaptativos e/ou preservados da dinâmica de funcionamento do avaliando, para, em seguida, comunicar aqueles que requerem maior cuidado, na medida e no ritmo em que possam ser compreendidos e tolerados pelo avaliando e/ou seus responsáveis, já sugerindo os encaminhamentos apropriados. Se realizado dessa forma, acreditamos que o processo favorecerá a compreensão e a aceitação das indicações terapêuticas sugeridas pelo profissional.

Essas entrevistas devem ser realizadas dentro do contexto global do processo e serão de responsabilidade única e exclusiva de quem realizou o psicodiagnóstico. Mas, uma vez que não há um jeito de saber como será acolhido ou não o encaminhamento recomendado, torna-se arriscado mobilizar, no avaliando e/ou em seus responsáveis, mais do que suas possibilidades egoicas lhes permitem entender ou suportar. Outra questão diz respeito à escolha da linguagem mais apropriada para o momento. É fundamental que o profissional seja claro, não utilize uma terminologia técnica, evite termos ambíguos e utilize, na medida do possível, a mesma linguagem do avaliando e/ou de seus responsáveis, como bem salientam Ocampo e colaboradores (2009).

Na devolutiva, é importante salientar a linguagem a ser empregada. No caso de devolução para colegas psicólogos, pode-se usar termos técnicos, inclusive fazendo referência aos recursos utilizados e discutindo de forma aprofundada os achados mais primitivos, regressivos e maduros do avaliando. Porém, quando a devolutiva for dirigida a outros profissionais, é imprescindível ater-se apenas às informações relevantes, respondendo à demanda e preservando o sigilo e a confidencialidade (Pellini & Leme, 2011).

No decorrer deste capítulo, não nos aprofundamos na questão dos honorário, mas este é um aspecto essencial. O profissional deverá levar em consideração que, no psicodiagnóstico, seu trabalho vai muito além das sessões com o avaliando. Além de todo o planejamento do processo, o avaliador precisa integrar os dados obtidos, estudar

o caso em questão e refletir sobre os encaminhamentos mais adequados. Nessa linha de raciocínio, pensamos que cada profissional precisa definir seu valor, isto é, os honorários que fazem jus a seu trabalho. Cada profissional é livre para dispor sobre seus honorários, mas sugerimos que, no contrato inicial, verbal ou escrito, fique claro ao avaliando e/ou aos seus responsáveis de que valor se trata. Mediante essa comunicação e aceitação por ambas as partes, o profissional poderá definir a forma de pagamento, se integral ou parcelada.

O objetivo deste capítulo foi abordar de forma sintética o processo de psicodiagnóstico, seus passos e sua conclusão. Esses aspectos serão retomados de forma detalhada nos próximos capítulos. Aproveitamos para destacar a importância do processo de psicodiagnóstico, uma vez que esse tipo de avaliação é exclusivo e privativo da profissão de psicólogo, como assinala Patto (2000, p. 68) ao referir que a avaliação psicológica com "... fins psicodiagnósticos é, por lei, privativa destes profissionais (os psicólogos)". Cabe reiterar que o psicólogo usa testes psicológicos e outras técnicas por meio de uma abordagem mais sistemática dos dados psicológicos, com objetivos bem definidos e orientados para a resolução de problemas, permitindo dar atenção não só às inadequações, mas, também, às potencialidades, visando, assim, o melhor encaminhamento e a realização de avaliações mais completas. Não só o instrumento ou a técnica utilizada são cruciais, mas também a formação, a sensibilidade clínica e a postura ética do profissional da psicologia.

REFERÊNCIAS

Alves, I. C. B. (2004). Técnicas projetivas: Questões atuais na psicologia. In C. E. Vaz, & R. L. Graff (Orgs.), *Técnicas projetivas: Produtividade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ancona-Lopez, M. (1984). Contexto geral do diagnóstico psicológico. In W. Trinca (Org.), *Diagnóstico psicológico na prática clínica*. São Paulo: EPU.

Ancona-Lopez, M. (2002). *Psicodiagnóstico: Processo de intervenção* (3. ed.). São Paulo: Cortez.

Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições*. Porto Alegre: Artmed.

Arzeno, M. E. G. (2003). *Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Barbieri, V. (2010). Psicodiagnóstico tradicional e interventivo: Confronto de paradigma? *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(3), 505-513.

Brasil. (1962). Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/lei_1962_4119.pdf

Carrasco, L. K., & Sá, S. D. (2010). O Psicodiagnóstico clínico: Como e para quê? In M. M. K. Macedo (Org.), *Fazer psicologia: Uma experiência em clínica-escola*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2003a). *Resolução CFP nº 002/2003*. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/03/resolucao2003_02_Anexo.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2003b). *Resolução CFP nº 007/2003*. Institui o manual de elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP nº 17/2002. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf

Cunha, J. A. (1993). Fundamentos do psicodiagnóstico. In J. Cunha. *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed.

Cunha, J. A. (2000). A história do examinando. In J. Cunha. *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

González, E. N. C. (1999). La evaluación psicológica desde um enfoque transcultural. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 1*(1), 49-60.

Noronha, A. P. P., Primi, R., & Alchieri, J. C. (2004). Parâmetros psicométricos: Uma análise de testes psicológicos comercializados no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão, 24*(4), 88-99.

Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G., & Piccolo, E. G. (2005). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (6. ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Ocampo, M. L. S.; Arzeno, M. E. G.; Piccolo, E. G. (2009). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (11. ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Patto, M. H. (2000). Para uma crítica da razão psicométrica. In M. H. Patto, *Mutações do cativeiro: Escritos de psicologia e política*. São Paulo: Hacker.

Pellini, M. C. B. M., & Leme, I. F. A. de Sá. (2011). A ética no uso de testes no processo de avaliação psicológica. In R. A. M. Ambiel, I. S. Rabelo, S. V. Pacanaro, G. A. da S. Alves, & I. F. A. de S. Leme (Orgs.). *Avaliação psicológica: Guia de consulta para estudantes e profissionais de psicologia* (2. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sendín, M. C. (2000). *Diagnóstico psicológico: Bases conceptuales y guía práctica en los contextos clínico y educativo*. Madrid: Psimática.

Trinca, W. (1984). Processo diagnóstico de tipo compreensivo. In W Trinca (Org.), *Diagnóstico psicológico na prática clínica*. São Paulo: EPU.

Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

Werlang, B. S. G., & Argimon, I. L. (2003). Avaliação psicológica na prática clínica. In A. C. Neto, G. C. Gauer, & N. R. Furtado (Orgs.), *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Werlang, B. S. G., Villemor-Amaral, A. E., & Nascimento, R. S. G. F. (2010). Avaliação psicológica, testes e possibilidades de uso. In Conselho Federal de Psicologia (CFP). (Org.), *Avaliação Psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão*. Brasília: CFP.

Witternborn, J. R. (1999). Psychological assessment in treatment. In A. P. Goldstein, & L. Krasner (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: Pergamon.

4

CUIDADOS TÉCNICOS NO INÍCIO DO PSICODIAGNÓSTICO

Bruna Gomes Mônego

O psicodiagnóstico é um processo que deve ser planejado passo a passo, mas, quando estamos iniciando a vida profissional, não sabemos exatamente como é o primeiro passo. Existem diferentes opiniões e posturas, e você tem liberdade para fazer suas escolhas e construir o profissional que deseja ser. Neste capítulo, procuro trazer um pouco da minha visão, da minha prática e alguns assuntos ou dicas a que gostaria de ter tido acesso quando iniciei meu trabalho. Espero que ele possa servir como um guia para acompanhá-lo nessa incrível jornada do psicodiagnóstico. Não pretendo fornecer um manual de regras rígidas, mas entendo que a flexibilidade necessária para o trabalho do psicólogo é adquirida com o amadurecimento profissional e pessoal.

Apresento este capítulo em duas seções. A primeira corresponde ao contato telefônico, à marcação da primeira entrevista e ao contrato. A segunda abordará a empatia e a relação terapêutica, considerando características do profissional e do paciente.

COMO TUDO COMEÇA

O contato telefônico

Se você vai começar seu estágio ou trabalhar em uma clínica, é preciso saber que geralmente é o paciente quem vai procurar o serviço. Ele terá um acolhimento ou uma triagem e, em seguida, você pegará seus dados para entrar em contato e marcar a primeira entrevista. Ou seja, um pouco do trabalho foi adiantado e você já tem informações para se preparar melhor. Caso vá atender em seu próprio consultório, você mesmo coletará os primeiros dados e, se não tiver uma secretária, o paciente fará o contato diretamente com você.

Ele irá contatá-lo porque, provavelmente, recebeu seu nome como indicação. Você receberá uma ligação de um número desconhecido e, ansiosamente, pensará: "Será que é um paciente?". Se essa ansiedade for muito grande, você não ouvirá nada do que a pessoa do outro lado da linha falará. Portanto, mantenha sempre um papel e uma caneta à mão. Pergunte e anote o nome da pessoa que será avaliada e sua idade, solicite uma descrição genérica do problema e marque o horário. Caso não tenha uma agenda em mãos, diga que ligará depois para confirmar a data. Não há problema algum nisso. Inclusive, se não puder falar no momento, diga que retornará a ligação, mas nunca deixe de anotar o nome da pessoa e o número do telefone. Mais tarde, você poderá esquecer essas informações, vindo a se perder na lista de registros. É importante manter a calma durante esse primeiro contato telefônico, pois o indivíduo já está formando uma opinião sobre a sua competência ou capacidade de estabelecer confiança.

Promova uma conversa em que você possa demonstrar ser atencioso e acolhedor. Pode perguntar sobre a demanda da avaliação: "Você poderia me adiantar alguma informação sobre o motivo da avaliação?" e "Quem a está solicitando?". Caso obtenha esses dados por telefone, você terá como se preparar um pouco melhor, não

sendo, assim, pego de surpresa na consulta. Além disso, se for uma demanda com a qual não trabalha, informe isso imediatamente ao indivíduo e, se possível, indique outro profissional ou instituição que possa ajudá-lo.

Ao marcar a primeira sessão, solicite que o indivíduo leve documentos e materiais que você julgue necessários, como o encaminhamento do solicitante, resultados de exames, e laudos médicos e psicológicos. Quando a ligação é feita pelo responsável da criança para a qual se solicitou uma avaliação, você pode sugerir que ambos os responsáveis legais (p. ex., pai e mãe) compareçam e orientá-los a ir para a sessão sem a criança. Essa solicitação é feita por ser comum as famílias terem segredos ou opiniões que não são expressas na frente da criança, ou, ainda, assuntos de conteúdo mais íntimo do casal. Entretanto, muitas vezes o responsável a leva por não ter com quem deixá-la. Nessas situações, você poderá avaliar se ela tem idade suficiente para ficar na sala de espera com a secretária (caso disponha de uma), ou se entrará no consultório junto com o responsável. Se ela ficar de fora, divida o tempo entre os responsáveis e a criança, de modo a não deixá-la com a impressão de estar sendo excluída, afinal, ela é o cerne da avaliação. Caso a criança tenha de acompanhar toda a sessão, introduza-a na conversa. Quando fizer o contrato com o responsável, explique tudo a ela também. Em qualquer idade, a criança sabe quando está sendo incluída e valorizada. Olhe para ela, pergunte diretamente a ela, mostre-se interessado no que tem a dizer. Provavelmente você será capaz de observar aspectos da relação entre o responsável e a criança, como o estímulo e a valorização dada às opiniões infantis.

No caso de adolescentes, você levará em conta a idade e a demanda, mas, em geral, é interessante que o primeiro atendimento seja conduzido com o próprio adolescente, pois se trata de uma etapa do desenvolvimento humano que busca identidade e autonomia. Esse posicionamento do psicólogo favorece uma relação de confiança, na medida em que o jovem percebe que o profissional o vê como alguém capaz de falar de si mesmo e de suas necessidades.

Ele chegou ao consultório...

Bom, seu paciente chegou e você vai buscá-lo na sala de espera. Cumprimente-o e apresente-se. O contato físico (abraço, aperto de mão, beijo na face) nesse momento, assim como na despedida, vai depender de como você se sente mais à vontade, mas não se esqueça de observar a reação do paciente. Tente deixá-lo à vontade também. Pacientes com traços paranoides, por exemplo, não costumam gostar de ser tocados. Depois disso, você vai guiá-lo até o consultório. Se esse trajeto for um pouco longo, pergunte se foi fácil achar o local, se conseguiu estacionar, como está o clima na rua ou outras questões impessoais, mas nunca indague sobre a queixa. Os assuntos referentes à problemática do indivíduo devem ser sempre abordados dentro do consultório, que é o local apropriado para isso, e porque você quer que toda a sua atenção esteja voltada às respostas, procurando preservar a confidencialidade das informações.

Ouça-o! Esteja presente de corpo e mente. Prepare-se bem para esse momento e tenha em mente as perguntas que precisa fazer, mas não esqueça de ouvir as respostas. Psicólogos iniciantes tendem a se preocupar demasiadamente com obrigações e regras. Isso prejudica a relação terapêutica, assunto que será abordado mais adiante (Meyer & Vermes, 2001). Nem todo psicólogo iniciante experimenta um nível de ansiedade capaz de interferir em sua atenção – o que é ótimo. Conseguir lidar tranquilamente com situações novas é muito bom. Contudo, tanto o excesso de ansiedade quanto o de autoconfiança são capazes de "ensurdecer" o profissional.

Ao receber um indivíduo que fez muitas avaliações, consultou diversos profissionais e queixa-se que ninguém soube avaliá-lo ou ajudá-lo, não é raro que o psicólogo experimente uma sensação de desafio e pensamentos do tipo "*Eu* vou conseguir!", "Nenhum profissional se dedicou a ele como eu farei" ou, ainda, sofra uma intensa ansiedade e tenha pensamentos como "Se eu não conseguir, serei um fracasso", "Eu não sou bom o suficiente para isso", "Se eu falhar, ele ficará ainda mais desapontado". Embora os pensamentos sejam sobre o desempenho do próprio psicólogo, a questão a ser refletida se refere ao indivíduo. Ou seja, será que ninguém soube avaliá-lo de fato ou é ele que não aceita o que lhe foi dito ou a ajuda que lhe foi oferecida? Se, de acordo com ele, há tantos profissionais incompetentes, será que algum lhe parecerá capaz? O que ele realmente está buscando? Esses questionamentos feitos por parte do psicólogo trarão uma visão mais clara do caso.

Um exemplo desse tipo de situação é quando os pais não aceitam determinado diagnóstico

dado ao filho, ou não concordam que a dinâmica familiar ou que as práticas parentais utilizadas estão influenciando negativamente a criança. Quando você se deparar com situações semelhantes, reflita sobre a real necessidade de nova avaliação e se ela trará informações que ainda não foram investigadas (considere, também, a reaplicação de instrumentos psicológicos). Talvez o mais indicado seja uma orientação aos pais em vez de submeter novamente a criança a uma fatigante avaliação, fortalecendo, assim, o pensamento de que ela tem um problema tão grave que ninguém será capaz de ajudá-la.

Marcar e receber o indivíduo na primeira sessão após o contato telefônico não significa que a avaliação será realizada. Você considerará pelo menos três pontos: o esclarecimento da demanda; a real necessidade da avaliação; e sua competência para realizá-la. Para o primeiro ponto, tenha em mente que ". . . o avaliador pode se encontrar com o avaliando ou com outras pessoas antes da avaliação formal a fim de esclarecer aspectos da razão para o encaminhamento" (Cohen, Swerdlik, & Sturman, 2014, p. 4). Para o segundo ponto, entenda que existem demandas que podem ser encaminhadas diretamente para a psicoterapia, por exemplo. Sobre o terceiro, é fundamental lembrarmos do Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2005), que aponta que o psicólogo deve ". . . assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente". Claro que o psicólogo iniciante tem uma competência ainda limitada, mas ele estudará e fará supervisão. Outro aspecto que pode ser abordado aqui é quando determinada demanda não faz parte do seu campo de atuação. Restringir seu repertório de trabalho é uma escolha.

Certa vez, um pai me ligou porque buscava um psicodiagnóstico para a filha de 4 anos. Por telefone, não entendi exatamente o que ele queria e marquei uma consulta de esclarecimento. A pergunta que ele queria responder era: "Ela terá esquizofrenia no futuro?". Havia história familiar positiva para o transtorno, e ele estava muito preocupado. Eu o ouvi atentamente, entendi o que queria, mas informei que não conseguiria dar essa resposta. Informei saber que esse tipo de avaliação existia em outros países, mas que eu não tinha formação adequada para essa prática e não conhecia nenhum profissional geograficamente próximo que a fizesse. Esclareci que minha avaliação apresentaria o estado emocional e/ou cognitivo atual da menina, mas que, por seu relato, eu não percebia necessidade para isso (ela também estava em psicoterapia). De qualquer forma, orientei-o a respeito dos fatores de proteção, do ambiente saudável e do manejo parental. Não seria apropriado realizar uma avaliação sobre como ela estava naquele momento, sabendo que a expectativa do pai era outra.

O contrato

Passado o momento da recepção do indivíduo e do entendimento da demanda, é de extrema importância esclarecer o que é um psicodiagnóstico, visto que a imensa maioria das pessoas que procuram esse serviço não sabe bem como funciona esse processo e quais são seus direitos. Mantê-las sem esse conhecimento reforça ideias irreais, idealizadas ou preconceituosas sobre o processo. Essa explicação já introduz o contrato.

Para versar sobre o contrato, vamos retomar o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005) como princípio fundamental: ". . . o psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão" e tem como responsabilidade ". . . Fornecer, a quem de direito, na prestação de serviços psicológicos, informações concernentes ao trabalho a ser realizado e ao seu objetivo profissional". Tendo isso em mente, começo explicitando que o psicodiagnóstico é um processo avaliativo e informo ao avaliando, ou aos seus responsáveis, que:

- Trata-se de um processo de investigação, cujo objetivo é responder à pergunta do encaminhamento
- Não inclui o tratamento
- Há benefícios para o caso em questão (reconhecer as dificuldades para adequar o manejo parental e/ou escolar; reconhecer as potencialidades para planejar reabilitações e fortalecê-las; identificar o diagnóstico para escolher o melhor tratamento; entre tantos outros)
- As indicações terapêuticas serão dadas ao final do processo
- O processo possui uma estimativa de duração (devendo-se explicitar o número de sessões e o tempo de cada uma)
- Com o conhecimento do paciente, entrarei em contato com quem eu julgar necessário, como, por exemplo, familiares, instituições,

médicos e outros profissionais que o atendam – tal contato pode ser telefônico ou presencial
- De acordo com o tipo de resposta fornecida pela avaliação e com suas limitações, pode-se estabelecer alguns prognósticos ou causas explicativas de alguns problemas
- Durante o processo, o paciente tem direito a documentos (declaração) que justifiquem faltas ao trabalho, caso seja necessário
- Farei uma ou mais entrevistas devolutivas ao final do processo, juntamente com duas cópias do laudo, sendo uma para ele e outra para o profissional da saúde que o encaminhou
- No caso de encaminhamento de escolas ou instituições que não são da área da saúde, providenciarei um atestado. Explicarei, resumidamente, a diferença entre esses documentos (os documentos serão abordados no Cap. 14).

Esclareça sobre o sigilo. Quanto mais o paciente parecer desconfortável com a situação de avaliação, mais interessante será conversar sobre quais informações serão repassadas e quem terá acesso a elas. Adolescentes, por exemplo, tendem a ser mais desconfiados, pois costumam classificar o psicólogo como um agente dos pais. A questão prioritária desse aspecto é esclarecer que, como se trata de uma avaliação, você escreverá sobre o paciente e provavelmente falará com o profissional que o encaminhou (e/ou responsáveis), mas sempre com o cuidado de comunicar apenas o necessário para ajudá-lo. Nunca garanta guardar todos os segredos do paciente. O trabalho do avaliador é responder a alguma pergunta feita e permitir que o paciente receba ajuda profissional sempre que necessário.

O Código de Ética Profissional (CFP, 2005) aponta que, no contato com profissionais não psicólogos, deverão ser compartilhadas "somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo". Entre outras orientações, o International Test Comission (ITC, 2003) sugere que se explique aos interessados os níveis de confidencialidade antes de iniciar a avaliação e que se solicite as autorizações antes da divulgação dos resultados. É sempre difícil dar orientações genéricas sobre o sigilo, pois dependerá da demanda de cada caso. Assim, recomenda-se a discussão em supervisão ou com algum colega mais experiente. Além do conteúdo relatado pelo paciente, também há o material decorrente da avaliação, como testes e protocolos de registro que deverão ser armazenados conforme a Resolução nº 001/2009 do CFP (2009).

Informe ao paciente que vias de contato ele pode usar com você para, por exemplo, desmarcar o atendimento. Pode ser telefone, *e-mail*, aplicativos como o WhatsApp, redes sociais, entre outros. A cada dia, há mais alternativas de contato. No entanto, o que é comum e prático para algumas pessoas, pode não ser confortável para outras. Lembre-se que você deve estar atento aos canais de comunicação que disponibilizar e tenha grande cuidado com falhas na comunicação, comuns em meios eletrônicos. O mais seguro continua sendo a ligação telefônica. Destaco que não me refiro ao atendimento *on-line* (informações sobre essa prática devem ser consultadas e adquiridas com o CFP).

Explique, também, que você anotará informações durante a avaliação. Nunca tive pacientes que se opuseram a essa prática, mas é importante deixar o paciente à vontade. Eu costumo dizer que não posso confiar na minha memória, que as anotações facilitam a redação posterior do laudo e que ele poderá olhá-las caso sinta-se desconfortável. Cuidados extras devem ser tomados com anotações oriundas de aplicações de instrumentos projetivos.

Estabeleça algumas normas sobre faltas e atrasos e comunique-as ao paciente. Serviços-escola e clínicas costumam ter regras, como o desligamento do paciente após 2 ou 3 faltas sem aviso prévio; tanto o atraso quanto a falta podem implicar custo extra para o paciente, além de estender por mais tempo o processo de avaliação.

Tenha um *cadastro* de seus pacientes, com informações como nome completo, endereço, escolaridade, profissão, contatos telefônicos e *e-mail*. Você mesmo pode preencher esse cadastro ou entregá-lo para que o paciente o faça enquanto espera a sessão. Pode-se, ainda, acrescentar dados de saúde geral e de tratamentos ou avaliações anteriores, assim como o controle dos honorários. Existem *softwares* de gestão que podem ser utilizados, ou pode-se, ainda, manter um arquivo físico; acima de tudo, é importante que as informações sejam mantidas em local seguro e que sejam feitas cópias de segurança (*backup*) a fim de não perdê-las.

Psicólogos, assim como muitos outros profissionais da saúde, são carentes de conhecimentos de gestão, em especial gestão financeira. Para que as finanças também sejam saudáveis, é

preciso tratar o consultório como uma empresa. Os temas "dinheiro", "valor" e "preço" são pouco discutidos durante a formação do psicólogo, gerando falta de preparo para essa atividade. Muitos alunos e colegas queixam-se de não saber cobrar e de ficar constrangidos ao fazê-lo, mas essa é uma prática necessária e será abordada com mais detalhes neste capítulo.

Um dos motivos que vejo para termos tantas dificuldades para cobrar, além da falta de treinamento na graduação, é que não sabemos bem qual é o nosso produto. O que nós vendemos? Você já pensou nisso? Eu acredito que vendemos nosso conhecimento em saúde. Mas como estabelecer um valor para isso?

Há muitos itens a serem considerados no preço a ser cobrado que são mais concretos do que o conhecimento. Segundo o Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE, 2015?),

> Calcular corretamente os preços é essencial para a saúde financeira dos negócios. O preço é quanto o seu produto ou serviço vale para o consumidor. Para o seu negócio, o preço ideal de venda é aquele que cobre os custos do produto ou serviço e ainda proporciona o lucro desejado pela empresa.

No preço, você precisa considerar os custos com: aluguel da sala, luz, condomínio, limpeza, telefone, internet, anuidade do Conselho Regional de Psicologia, anuidade do Sindicato dos Psicólogos (opcional), assessoria contábil e impostos (imposto predial territorial urbano, imposto sobre serviços de qualquer natureza, imposto de renda). Além disso, há os custos de materiais como testes e brinquedos, que serão usados com diversos pacientes, e os que irão variar de acordo com o caso avaliado: contato com instituições ou profissionais (telefone, gasolina, tempo); horas de supervisão; aquisição de protocolos de registro de respostas; horas trabalhadas no levantamento, correção e interpretação dos testes; horas trabalhadas na redação dos documentos e entrevistas devolutivas. Além de tudo isso, há o nosso *conhecimento técnico* a ser empregado durante o processo.

A inadimplência é um problema muito comum em nossa profissão e de difícil solução. A possibilidade de não receber pelo trabalho feito também deve ser considerada tanto no valor quanto na forma de pagamento/recebimento. Defina os prazos de pagamento de forma que ele seja feito antes do fim do psicodiagnóstico. Alguns psicólogos trabalham com contratos por escrito. É uma prática interessante, que pode ser adotada com o suporte de um advogado.

O profissional escolhe a forma como cobrará pelo serviço. Assim, você pode dar o valor da avaliação completa, com uma estimativa de tempo do processo, ou cobrar por sessão. Na segunda opção, é importante que se tenha maior precisão sobre quantas sessões serão necessárias para que o paciente possa se organizar financeiramente. Deve-se ter clareza de que, em qualquer das alternativas, o tempo da sessão propriamente dita é somente uma parte de tudo o que deve compor o preço.

É comum as pessoas perguntarem o preço do psicodiagnóstico ao telefone, na primeira ligação. Pode ser difícil dar um valor preciso sem conhecer bem a demanda, mas você poderá informar um preço médio, dizer que precisará de mais informações sobre a demanda e/ou marcar uma sessão para esclarecimento da demanda e estipulação do valor.

Para finalizar, considero de extrema importância apontar alguns aspectos éticos envolvidos na cobrança dos honorários. Nossa profissão tem algumas diferenças em relação ao restante do mercado. Não podemos fazer promoções, nem reproduções não autorizadas dos testes. Tampouco podemos desqualificar o processo a fim de reduzir o valor financeiro do psicodiagnóstico. O trabalho deve ser sempre competente, coerente e confiável, assim como assegura nosso Código de Ética Profissional (CFP, 2005):

> Ao fixar a remuneração pelo seu trabalho, o psicólogo: a) Levará em conta a justa retribuição aos serviços prestados e as condições do usuário ou beneficiário; b) Estipulará o valor de acordo com as características da atividade e o comunicará ao usuário ou beneficiário antes do início do trabalho a ser realizado; c) Assegurará a qualidade dos serviços oferecidos independentemente do valor acordado.

RELAÇÃO PSICÓLOGO-PACIENTE NO PSICODIAGNÓSTICO

A relação terapêutica auxilia na cooperação do paciente durante o processo avaliativo e na sua disposição em buscar tratamento (quando for o caso) após a avaliação. A demonstração de empatia e a construção de uma relação de confiança

também facilitarão a devolução dos resultados. Embora este capítulo não aborde a etapa de devolução, sabemos que, com certa frequência, o esforço conjunto entre psicólogo e paciente culmina em resultados que podem ser inesperados ou bastante ansiogênicos para o avaliado. Para o momento da comunicação desses resultados, a empatia é ainda mais crucial.

Empatia e relação terapêutica

A empatia é uma habilidade que inclui aspectos cognitivos, afetivos (Davis, 1980; Schreiter, Pijnenborg, & Rot, 2013) e comportamentais (Falcone et al., 2008; Irving & Dickson, 2004; Larson & Yao, 2005). Existem diversos processos sociocognitivos relacionados a ela, entre eles, o contágio emocional, que é um estado emocional autodirigido que pode constituir uma primeira etapa do processo empático, mas não é suficiente para tal. Empatia é sentir o que o outro está sentindo, sem uma conscientização do outro. Trata-se de uma sincronia da emoção do observador com a emoção do observado. Além da emoção, é possível que o observador sincronize as expressões faciais, a voz, a postura e os movimentos (Gouveia, Guerra, Santos, Rivera, & Singelis, 2007). Imagine, por exemplo, que um amigo seu está relatando algo trágico ou algum sofrimento e você percebe-se fazendo a mesma cara de assolamento que ele. Entretanto, é a empatia que é dirigida ao outro. Ela supõe compaixão, vontade de ajudar (Schreiter et al., 2013), capacidade para inferir estados mentais (Jiménez-Cortés et al., 2012) e se colocar intelectualmente no lugar do outro, a fim de entender a sua visão e de utilizar essa compreensão para resolver possíveis problemas interpessoais, além de conhecer os sentimentos do outro por meio de sua expressão comportamental (Schreiter et al., 2013).

Todos nós, seres humanos, experienciamos os processos citados anteriormente em diversos momentos da vida, exceto, claro, na presença de determinadas patologias que apresentam alterações na empatia e em habilidades relacionadas. Entretanto, no contexto profissional, a angústia pessoal não auxilia, e o contágio emocional só é interessante se desencadear o processo empático como um todo. Caso contrário, estarei sendo sensível aos sentimentos do paciente, mas sem garantir a empatia necessária para que ele confie no meu trabalho. Lembre-se que o paciente deve confiar no profissional que você é e não no amigo que você poderia ser.

Espera-se, então, que o psicólogo seja capaz de escutar atentamente o relato do paciente e "escutar" seu comportamento não verbal, compreender a situação pelo ponto de vista do paciente, compreender seu estado emocional, conectar-se emocionalmente com ele, legitimar suas emoções e sentimentos e promover apoio.

Thwaites e Bennett-Levy (2007) sugeriram que a empatia do psicólogo pode ser compreendida em quatro aspectos diferentes: um se refere à sintonia empática; o outro diz respeito à postura empática e terapêutica; um terceiro indica a habilidade comunicativa para com o paciente; e o último trata do conhecimento declarativo que o psicólogo tem sobre a empatia. Acredito que especialmente os dois últimos aspectos poderiam ser abordados nos cursos de graduação de Psicologia. Todos os psicólogos ouviram, em algum momento do curso, que devem ser empáticos, mas poucos receberam ensinamentos sobre as definições de empatia e como demonstrá-la, apesar da existência de treinamentos efetivos de empatia (van Berkhout & Malouff, 2015, no prelo).

Contudo, a experiência profissional não garante que o psicólogo seja empático (Schwartz & Flowers, 2009). Palhoco e Afonso (2011) investigaram a empatia de estudantes de Psicologia em diferentes etapas da formação e de terapeutas, tendo como hipótese a presença de uma diferença significativa entre os grupos que pudesse sugerir um aumento da capacidade empática em consonância com o aumento da experiência. Os resultados refutaram a hipótese. Foram verificados diferentes escores de empatia nos grupos, mas sem uma perspectiva de desenvolvimento gradual. Com isso, é possível adotar tanto uma perspectiva de que (a) experiências pessoais sejam mais importantes para o desenvolvimento dessa habilidade do que a formação em Psicologia; quanto uma visão de que (b) as grades curriculares das graduações em Psicologia não contemplam o treino de tais habilidades, e os alunos geralmente vão para estágios de clínica sem um preparo específico.

Quanto à perspectiva dos pacientes, o profissional (médico) é visto como empático quando eles se sentem aceitos e compreendidos. Para isso, pressupõem-se duas vias: a cognitiva, que envolve a apreensão precisa do ponto de vista do paciente e a habilidade de comunicar isso; e a afetiva, que abarca a capacidade do profissional de proporcionar uma melhora emocional ao paciente (Kim, Kaplowitz, & Johnston, 2004). Nesse sentido, sua

aceitação e sua compreensão não serão suficientes caso o paciente não as reconheça.

Uma queixa frequente dos pacientes em psicoterapia é que seus terapeutas não se preocupam com eles. A questão que emerge disso é: será que os psicólogos expressam empatia da forma que acreditam estar expressando? Ou ainda: será que os psicólogos conseguem perceber como o paciente percebe essa expressão de empatia? (Schwartz & Flowers, 2009). Para melhorar essa conexão entre a dupla psicólogo-paciente, Schwartz e Flowers (2009) sugerem uma saudação calorosa, com contato olho no olho; o respeito a cada paciente; a observação dos próprios sentimentos em relação ao paciente; e questionamentos sobre a empatia sentida por ele e por seus problemas. Nesse sentido, a reflexão é sobre o que você sente, e não sobre como se expressa. Talvez você precise ouvir mais sobre os sentimentos do paciente e fazer o exercício de imaginar-se no lugar dele para, então, conseguir conectar-se (Schwartz & Flowers, 2009).

Outra dificuldade comum que Schwartz e Flowers apontam é a crença de que, para sentir empatia, é necessário gostar do indivíduo. Eles citam um trecho de Carl Rogers (1955 apud Schwartz & Flowers, 2009) que considero tão relevante e imprescindível que vou citá-lo aqui: "O olhar positivo incondicional envolve a aceitação em relação à expressão do paciente de sentimentos negativos, 'ruins', dolorosos, temores, defensivos, anormais, da mesma forma que envolve a aceitação da expressão de seus sentimentos 'bons', positivos, maduros, confiantes, sociais". Assim, indivíduos com problemas de comportamento agressivo, por exemplo, costumam gerar desconforto, repulsa e uma postura de julgamento no psicólogo e, portanto, maior dificuldade em sentir empatia. A ideia é que você não precisa aceitar seus comportamentos "errados" para ser capaz de olhá-lo com o interesse e a preocupação necessários para ouvi-lo.

Embora os autores se refiram ao processo psicoterápico, a empatia e a aceitação não são diferentes no psicodiagnóstico, mesmo que ele tenha duração menor ou não seja interventivo. A conexão com o paciente tem de existir para que se possa entender o que acontece com ele. O estudo de Larson e Yao (2005) permite uma reflexão muito interessante sobre a empatia na prática médica. Entre outros aspectos, os autores apontam que o construto em questão facilita a coleta de informações, auxiliando em um diagnóstico mais preciso, e tem um importante papel na eficácia dos tratamentos.

A empatia é necessária para a relação terapêutica, mas não é o fim em si. Enquanto a empatia permeia qualquer relação humana, a relação é

> ... uma interação de mútua influência entre terapeuta e cliente. Nela, a pessoa que buscou ajuda é privilegiada pelo trabalho de um profissional capacitado a utilizar técnicas e procedimentos específicos, ao mesmo tempo em que lança mão de habilidades sociais importantes, como a empatia. (Meyer & Vermes, 2001, p. 101).

Comumente, os pacientes sentem-se envergonhados ou desconfortáveis ao ter de falar sobre sentimentos, pensamentos e/ou comportamentos entendidos como inadequados por seu meio social. É possível que já tenham sido criticados ou ridicularizados pela família, por amigos e por colegas. A capacidade do psicólogo para demonstrar sua empatia, para valorizar a expressão desses temores (Thwaites & Bennett-Levy, 2007) e para apresentar respeito, interesse e compreensão é essencial para que o paciente se sinta acolhido e atendido (Araújo & Shinohara, 2002), fortalecendo, assim, o vínculo. Uma relação terapêutica satisfatória é importante tanto para o paciente quanto para a saúde do profissional, pois melhora sua satisfação com o trabalho (Larson & Yao, 2005).

Características do psicólogo e do paciente

Quanto às características do psicólogo, um estudo demonstrou que as habilidades para transmitir segurança, cuidado, compaixão e empatia foram positivamente associadas à relação terapêutica, assim como a percepção de profissionalismo e qualificação. Além disso, pacientes que perceberam seus psicólogos como tendo aceitação, compreensão, compromisso, compaixão, habilidades empáticas e interpessoais, além de motivos para agir em prol do melhor interesse dos pacientes, estiveram mais comprometidos com seus tratamentos (Holdsworth, Bowen, Brown, & Howat, 2014). Outra revisão da literatura indicou os atributos pessoais do psicólogo que contribuíram positivamente para a relação. São eles: flexibilidade, experiência, honestidade, respeito, ser confiável, confiante, interessado, atento,

amigável, caloroso e aberto (Ackerman & Hilsenroth, 2003). A lista pode ser ainda maior se incluirmos as habilidades de aceitação, a ausência de julgamentos, a genuinidade e a autoconfiança (Meyer & Vermes, 2001).

Entretanto, não podemos esquecer que, antes de sermos psicólogos, somos humanos e precisamos de acompanhamento profissional, estudo e treinamento para perceber nossos próprios sentimentos e pensamentos a respeito dos pacientes. Parafraseando Thwaites e Bennett-Levy (2007), diferentemente do aprendizado de técnicas avaliativas ou terapêuticas, o desenvolvimento de habilidades empáticas não pode separar-se da "pessoa do psicólogo". Trata-se de um amadurecimento pessoal, além de profissional.

A atenção aos próprios sentimentos é essencial para o trabalho do psicólogo. Perceber a reação emocional que o paciente causa em nós é necessário, mas ela só pode ser entendida como "causada" pelo paciente se o profissional for muito bem treinado para reconhecer seus próprios medos, dificuldades e crenças pessoais. Inevitavelmente, os relatos dos pacientes tocam em nossas feridas, despertam lembranças, ativam sofrimentos e tornam-se gatilhos para certos pensamentos. Isso ocorre em maior ou menor grau porque somos humanos. Entretanto, o que deve ser evitado é a não diferenciação entre a história pessoal do psicólogo e as necessidades do paciente.

Um estudo demonstrou diferenças nos estilos de psicólogos que realizaram psicoterapia pessoal em comparação àqueles que não tiveram essa experiência. Apoiados também em outras pesquisas, Couto, Farate, Torres, Ramos e Fleming (2013) sugeriram que profissionais sem essa vivência apresentavam maior retenção do paciente em tratamento. Desse modo, o psicólogo deve ". . . ter a habilidade para reconhecer, rotular, compreender e expressar suas emoções. Em vez de não ter sentimentos, ou de ser um perito na repressão" (Beck, Freeman, & Davis, 2005, p. 105). Tendo essa percepção, o psicólogo deve manter-se atento para que aspectos pessoais não interfiram negativamente no trabalho com o paciente. O autoconhecimento do psicólogo não é importante apenas para aqueles que trabalham com psicoterapia, é fundamental também no contexto do psicodiagnóstico.

Como a relação terapêutica é estabelecida entre duas pessoas, ela não depende apenas dos aspectos do psicólogo. Características pessoais do paciente, assim como sua patologia (quando houver), a influenciarão. Além disso, a relação que se coloca entre a dupla psicólogo-paciente também é uma fonte de ricas informações para o psicodiagnóstico. Por meio dela, é possível observar os padrões comportamentais que o paciente manifesta e que, provavelmente, desencadeiam grandes prejuízos inter-relacionais fora do consultório (Ventura, 2001). Quanto maior for a relação entre as dificuldades interpessoais do paciente e a demanda da avaliação, maior será a exploração disso por parte do psicólogo.

Pacientes com transtorno da personalidade (que pode ou não ser o motivo do encaminhamento) terão maiores problemas no estabelecimento da relação, visto que a dificuldade central desse grupo é justamente a relação interpessoal. Indivíduos com traços de transtorno da personalidade *borderline*, por exemplo, têm grande dificuldade para estabelecer relações de confiança devido ao medo de serem abandonados. Esses obstáculos serão observados pelo psicólogo em uma relação conturbada (para mais informações, consultar as publicações de Marsha Linehan). O cuidado especial aqui é que, embora você queira investir no estabelecimento da confiança, o tempo limitado e curto do psicodiagnóstico poderá servir ao paciente como mais uma experiência de abandono. Pacientes hostis, arrogantes, raivosos, que gritam com o psicólogo com frequência geram raiva no profissional. Nessas situações, o ideal é manter uma postura empática, não agressiva e não defensiva, demonstrar firmeza e estabelecer limites (Ventura, 2001).

Situações corriqueiras são as de pacientes com preconceitos relacionados a precisar/consultar um psicólogo. Nesses casos, é imprescindível permitir a expressão desse desconforto, esclarecer dúvidas e manter uma postura profissional, sem investir em uma disputa a favor da profissão. Outros indivíduos têm preconceito em relação à idade. Como a maioria dos psicólogos iniciantes é mais jovem do que os pacientes esperam, é inevitável deparar-se com essa situação. Acredito que problemas desse tipo dependem mais da tranquilidade do próprio profissional em aceitar o fato e desenvolver autoconfiança.

Quando o psicólogo encontra um paciente com mais dificuldade para cooperar com o psicodiagnóstico, o primeiro deve pensar nos motivos que o segundo pode ter para isso. Uma revisão da literatura encontrou que ansiedade, evitação, desesperança, hostilidade, assunção de riscos e

comorbidades médicas são características relacionadas a baixo comprometimento do paciente para com a psicoterapia. Ou seja, muitos dos sintomas que os pacientes trazem para o atendimento ou para a avaliação são, justamente, fatores que dificultam o seu compromisso com a mudança (Holdsworth et al., 2014). Tratando-se do contexto do psicodiagnóstico, a questão é que, mesmo que não se esperem mudanças durante o processo avaliativo, o resultado do estudo nos sinaliza que tais características afetam a cooperação do paciente e perturbam o seu papel (que deve ser ativo) na busca de ajuda e no engajamento ao tratamento. Esses aspectos também precisam ser considerados nos encaminhamentos dados ao final do processo.

Existem, ainda, outros fatores relacionados ao paciente que dificultarão a relação, como a falta de motivação, a falta de perspectiva ou de relevância do processo avaliativo, as expectativas inadequadas do processo (mesmo após as explicações do psicólogo) e as experiências negativas vividas com outros psicólogos e/ou psiquiatras. Beck e colaboradores (2005, p. 92) apontam alguns motivos para a não colaboração dos pacientes com a terapia que podem ser considerados também no contexto do psicodiagnóstico: "... desconfiança do terapeuta, expectativas irrealistas, vergonha pessoal, culpa externalizada e queixas contra outras pessoas (ou instituições), desvalorização de si mesmo ou de outros, medo de rejeição e fracasso".

A relação terapêutica no psicodiagnóstico

A relação terapêutica é alvo de muitos estudos em psicoterapia. Os resultados a indicam como um dos principais preditores de melhora no tratamento em qualquer etapa do ciclo vital (Shirk, Karver, & Brown, 2011). Já no processo de psicodiagnóstico, ela é tão pouco explorada que gera dúvidas e conflitos. Não encontrei literatura ou diretrizes sobre as especificidades desse contexto. Percebo que alguns psicólogos tendem a ser mais distantes, por entenderem que é um processo muito curto para se estabelecer um vínculo. Outros não percebem os limites do contexto e estimulam uma proximidade maior do que a necessária. Considerando-se essa carência e tudo o que foi exposto neste capítulo, proponho algumas orientações sobre a relação terapêutica no psicodiagnóstico.

Acredito que existam dois aspectos principais a serem abordados aqui. Um diz respeito ao objetivo da relação no psicodiagnóstico e o outro, ao seu limite. O objetivo é *estabelecer um senso de colaboração e confiança*. Esse trabalho em conjunto é essencial para a coleta de informações fidedignas e sinceras, de modo que o paciente possa se expor e confiar na devolução e nos encaminhamentos do psicólogo. Quando atender seu paciente em um processo psicodiagnóstico, tenha em mente que a relação a ser estabelecida não é apenas entre o paciente e você, mas sim entre o paciente e os psicólogos. Você fará muito bem a ele caso consiga demonstrar sua confiabilidade, mas será melhor ainda se ele aceitar que pode procurar um psicólogo em qualquer momento da vida para auxiliá-lo a enfrentar suas dificuldades. Não raro, somos o primeiro psicólogo na vida do paciente, e também não é raro que o encaminhamento inclua a psicoterapia. Desse modo, acredito que o psicólogo avaliador pode ter um importante papel na aderência do paciente aos tratamentos futuros. Outro objetivo possível é observar as características da vinculação do paciente como um dado para a análise da demanda, assunto já explorado neste capítulo.

Por sua vez, o *limite* está entre o empenho e a observação do psicólogo para com a relação e as intervenções realizadas, sendo estas últimas o campo de atuação da psicoterapia (ver Cap. 15, sobre psicodiagnóstico interventivo). Durante o psicodiagnóstico, coletamos diversas informações sobre o paciente, mas nos mantemos focados na demanda/objetivo. Claro que queremos vê-lo melhorar e sentir-se bem, mas há um campo de atuação para cada etapa. Psicólogos que trabalham na clínica e depois iniciam atividades com avaliação psicológica podem ter mais dificuldade em não intervir.

A questão do tempo também é importante. Em psicoterapia, a dupla constrói a confiança gradualmente; porém, no psicodiagnóstico, tudo ocorre de forma mais rápida, e precisamos ser capazes de estabelecer esse vínculo de forma mais imediata. Contudo, não é interessante que a ânsia do psicólogo em estabelecer confiança deixe o paciente desconfortável. A relação deve estar de acordo com o estilo do profissional, para que possa ser genuína e autêntica, caso contrário, o paciente perceberá um ambiente dúbio.

Quando me refiro à presteza do profissional em demonstrar confiança, também considero as características do paciente. É preciso estar atento às diversas nuanças do comportamento verbal e não verbal dele e às suas próprias emoções.

Tais observações, em conjunto com sua experiência (que será adquirida de forma gradual) e seu conhecimento técnico-científico, darão a você a habilidade de *perceber* o paciente. O "*feeling* clínico" não diz respeito à habilidade de intuir ou pressentir como o paciente é. Você deve conseguir percebê-lo porque estuda para isso e desenvolve essa habilidade. Não é uma mágica em que não é necessário qualquer esforço. O estabelecimento da confiança não depende apenas de disposição emocional, mas principalmente da competência do profissional e da capacidade do paciente em confiar.

AGRADECIMENTO

Agradeço ao discente de Psicologia Álvaro Zaneti e à psicóloga Beatriz Cattani pela leitura do manuscrito e sugestões.

REFERÊNCIAS

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.

Araújo, C. F., & Shinohara, H. (2002). Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. *Interação em Psicologia, 6*(1), 37-43.

Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artmed.

Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. D. (2014). *Testagem e avaliação psicológica: Introdução a testes e medidas*. Porto Alegre: Artmed.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2005). *Resolução CFP nº 010/05*. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/07/resolucao2005_10.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2009). *Resolução CFP nº 001/2009*. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf

Couto, M., Farate, C., Torres, N., Ramos, S., & Fleming, M. (2013). Estilo terapêutico e orientação teórica: Estudo comparativo com o Therapeutic Identity Questionnaire. *Avaliação Psicológica, 12*(1), 61-70.

Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10*, 85.

Falcone, E., Ferreira, M., Luz, R., Fernandes, C., Faria, C., D'Augustin, J. ... Pinho, V. (2008). Inventário de empatia (I.E.): Desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica, 7*(3), 321-334.

Gouveia, V. V., Guerra, V. M., Santos, W. S., Rivera, G. A., & Singelis, T. M. (2007). Escala de contágio emocional: Adaptação ao contexto brasileiro. *Psico, 38*(1), 45-54.

Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S., & Howat, D. (2014). Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics, and treatment factors. *Clinical Psychology Review 34*(5), 428-450.

International Test Commission (ITC). (2003). *Diretrizes para o uso de testes*. Recuperado de https://www.intestcom.org/files/guideline_test_use_portuguese_brazil.pdf

Irving, P., & Dickson, D. (2004). Empathy: Towards a conceptual framework for health professionals. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 17*(4-5), 212-220.

Jiménez-Cortés, M. P., Pelegrín-Valero, C., Tirapu-Ustárroz, J., Guallart-Balet, M., Benabarreciria, S., & Olivera-Pueyo, J. (2012). Trastornos de la empatía en el daño cerebral traumático. *Revista de Neurología, 55*(1), 1-10.

Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & The Health Professions, 27*(3), 237-251.

Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA, 293*(9), 1100-1106.

Meyer, S., & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.

Palhoco, A. R., & Afonso, M. J. (2011). A empatia e a percepção de emoções em estudantes de psicologia e psicoterapeutas. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia, 2*(2), 133-153.

Schreiter, S., Pijnenborg, G. H. M., & Rot, M. (2013). Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 150*(1), 1-16.

Schwartz, B., & Flowers, J. V. (2009). *Como falhar na relação? Os 50 erros que os terapeutas mais cometem*. São Paulo: Casa do Psicólogo

Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE). (2015?). *Como estabelecer uma política de preços*. Recuperado de http://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/Como-estabelecer-uma-pol%C3%ADtica-de-pre%C3%A7os

Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 17-24.

Thwaites, R., & Bennett-Levy, J. (2007). Conceptualizing empathy in cognitive behavior therapy: Making the implicit explicit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35*(5), 591-612.

van Berkhout, E. T., & Malouff, J. M. (2015, no prelo). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*. Epub ahead of print.

Ventura, P. (2001). Relação terapêutica. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.

LEITURAS RECOMENDADAS

Alves, N. N. F., & Isidro-Marinho, G. (2010). Relação terapêutica sob a perspectiva analítico comportamental. In A. K. C. R. de Farias, *Análise comportamental clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso*. Porto Alegre: Artmed.

Kaplan, J. E., Keeley, R. D., Engel, M., Emsermann, C., & Brody, D. (2013). Aspects of patient and clinician language predict adherence to antidepressant medication. *The Journal of the American Board of Family Medicine, 26*(4), 409-420.

5

ENTREVISTA PSICOLÓGICA NO PSICODIAGNÓSTICO

Adriana Jung Serafini

O psicodiagnóstico caracteriza-se por ser um tipo de avaliação psicológica desenvolvida no âmbito clínico. Inicia-se a partir de uma demanda e desenvolve-se por meio de um foco específico para avaliação. O foco ou motivo da avaliação é de extrema importância, pois será ele que irá guiar todo o processo de psicodiagnóstico, incluindo a escolha das técnicas e dos instrumentos que serão utilizados. As primeiras informações/queixas que recebemos do paciente, ou da fonte de encaminhamento, geralmente não são suficientes para delimitarmos de forma clara esse foco. Desse modo, destaca-se a importância das entrevistas iniciais que são realizadas tanto com o profissional que solicitou o psicodiagnóstico, quanto com o próprio paciente e outras fontes de informação como pais, responsáveis ou outros familiares. Essas entrevistas também podem ocorrer com professores, médicos ou demais profissionais que acompanham o paciente. Por meio delas poderemos aprofundar as queixas ou motivos trazidos em um momento inicial, assim como explorarmos essas questões a partir de outras perspectivas.

As entrevistas iniciais – e aqui ressalto o fato de tratar da entrevista no plural, pois, assim como descrito por Arzeno (1995), ela pode se desdobrar em mais de um encontro – têm como objetivos conhecer o paciente que chega para a avaliação e compreender o motivo do psicodiagnóstico. Por isso, é muito importante que, como psicólogos avaliadores, possamos nos abastecer do maior número e das mais variadas fontes de informação. Entre elas, destaco a relevância de se realizar um contato com a fonte encaminhadora. Diversos profissionais, como psicoterapeutas, professores, médicos de diversas especialidades, fonoaudiólogos, nutricionistas, entre outros, podem encaminhar um paciente para esse tipo de avaliação. O encaminhamento pode ser realizado tanto por meio de um contato pessoal entre os profissionais quanto por meio de uma solicitação por escrito (como, p. ex., nas interconsultas em hospital). Nesses casos, o ideal é realizar um contato direto com a fonte do encaminhamento a fim de esclarecer dúvidas e certificar-se acerca do pedido. Normalmente se questiona o motivo pelo qual o profissional solicitou a avaliação e a percepção que ele tem do paciente e das queixas trazidas, assim como o impacto delas na vida do paciente. Esse primeiro contato, além de possibilitar uma melhor compreensão dos objetivos do psicodiagnóstico do caso em questão, auxilia os avaliadores a dar início a um levantamento de hipóteses e a construir o plano de avaliação. É um momento importante também para sentir-se seguro para receber o paciente, os pais ou os responsáveis, planejar as entrevistas seguintes e preparar-se para auxiliar essas pessoas a compreender melhor o motivo e a necessidade da avaliação. Tenho observado, na prática clínica, que frequentemente o público leigo desconhece a existência desse tipo de atividade do psicólogo e muitas vezes confunde o processo de avaliação com o processo psicoterápico.

A entrevista com o paciente pode ocorrer antes ou após o contato com outros familiares.

No caso de crianças ou mesmo de adultos que tenham algum tipo de transtorno mais grave que os torne dependentes de outras pessoas, por exemplo, a primeira entrevista é realizada com os pais ou responsáveis. Esse contato é importante para que se possa conhecer as expectativas em relação à avaliação, obter informações acerca do motivo do encaminhamento e fazer esclarecimentos sobre o processo. Esse também é um momento importante para que se iniciem um vínculo e uma relação de confiança entre o profissional e os responsáveis pelo paciente que será avaliado. É necessário mostrar-se aberto para responder aos mais diversos questionamentos que podem ser trazidos por eles e estabelecer uma relação de confiança. É adequado que, como avaliadores, possamos criar um ambiente acolhedor que possibilite ao paciente e a seus familiares sentirem-se seguros e confortáveis. Deve-se atentar para o fato de que dificilmente alguém busca uma avaliação psicológica sem que isso esteja envolto por certo grau de sofrimento e ansiedade. Dependendo da situação de avaliação, como, por exemplo, no âmbito forense, o avaliando pode, inclusive, sentir-se ameaçado, pois os dados obtidos por meio da avaliação poderão determinar decisões judiciais como a guarda de um filho ou uma interdição.

O primeiro contato com o paciente possibilitará a confirmação ou não daquelas primeiras impressões surgidas no momento do encaminhamento. Da mesma maneira, será o primeiro contato do paciente e de seus familiares com o profissional. Gosto muito de iniciar a primeira entrevista com pais ou responsáveis questionando se eles sabem a razão da avaliação e como percebem as queixas relativas a seu(sua) filho(a). Também acho importante verificar se conhecem o trabalho do psicólogo e se têm alguma ideia de como funciona um psicodiagnóstico. Normalmente, existem dúvidas sobre o funcionamento desse tipo de atendimento, e esse é o momento de explicar que o psicodiagnóstico ocorre dentro de um tempo limitado, que, durante esses encontros, tenta-se compreender a queixa trazida conversando com a criança, utilizando algumas técnicas que vão desde brincadeiras até a aplicação de instrumentos, e que, ao fim do processo, será dada uma devolução tanto para os pais como para o paciente e para o profissional que solicitou a avaliação.

O processo de avaliação poderá envolver situações difíceis, como, por exemplo, violência ou segredos familiares, e, em função de questões como essas, o vínculo estabelecido passa a ser um fator fundamental, pois somente em uma relação colaborativa e de confiança é que tais assuntos poderão ser abordados de forma adequada. Esse primeiro contato com os pais também é interessante, pois, a partir dele, começa a se formar uma imagem daquele que será o paciente. Destaco que nem sempre as informações trazidas pelos pais ou responsáveis correspondem à realidade a ser observada. Lembro-me de um caso que recebi para avaliação. O paciente era um menino com diagnóstico prévio de autismo, encaminhado com o objetivo de avaliar aspectos cognitivos. Na primeira entrevista com os pais, eles descreveram o filho como uma criança muito comunicativa e afetiva, que interagia com eles e verbalizava com fluência. Já no primeiro encontro com o menino, pude perceber que ele apresentava bastante dificuldade de se comunicar, sendo que a linguagem existente era pouco compreensível. É possível que os pais tenham desenvolvido alguma habilidade para compreender e comunicar-se com ele, mas o fato é que essa percepção do filho, de forma geral, era permeada por aspectos bastante fantasiosos acerca de suas reais capacidades de comunicação e interação com os demais.

Com adultos, a entrevista inicial costuma ser realizada com o próprio paciente. Assim como no caso das entrevistas com pais ou responsáveis de pacientes infantis ou mesmo com as próprias crianças, acredito que seja relevante sempre perguntar ao paciente se ele sabe a razão pela qual foi encaminhado para avaliação. Esse questionamento possibilita a investigação não só do seu conhecimento acerca de suas dificuldades, mas também das fantasias que podem ter surgido a partir dessa solicitação feita por outro profissional que o acompanha. Após esses questionamentos iniciais, cabe ao avaliador trazer informações, desmistificando fantasias do paciente que não correspondam à realidade ou reafirmando as informações reais.

Mesmo com crianças, é interessante que se investigue o conhecimento sobre o motivo da avaliação. Podemos questionar: "Você sabe por que veio ao psicólogo?". Em relação ao processo, podemos explicar a ela que "iremos nos ver algumas vezes e, durante alguns desses encontros, poderemos conversar e brincar, e, em outros, teremos atividades para fazer. Essas atividades poderão ser perguntas, jogos de montar ou tarefas parecidas com as que você faz na escola. Todos

esses nossos encontros servirão para a gente se conhecer melhor e também para que eu consiga entender as suas dificuldades (pode-se citar algumas das razões pelas quais ocorreu o encaminhamento) e pensar na melhor forma de ajudar você". Ressalto que, de forma geral, essas primeiras entrevistas com crianças ocorrem em formato de Hora do Jogo.

Com adolescentes, tenho observado que é importante que o paciente sinta-se responsável por seu processo de avaliação desde o início. Desse modo, o ideal seria que a primeira entrevista após a coleta de dados sobre o encaminhamento ocorresse com o próprio adolescente. Entretanto, é importante que, no caso de pacientes menores de idade, se tenha a autorização dos pais ou responsáveis. Uma estratégia que pode ser utilizada para contemplar todas as necessidades (realizar a entrevista com o adolescente, dar ciência sobre o processo e obter a autorização dos responsáveis) é a divisão da primeira entrevista em um momento inicial com o paciente e, posteriormente, em um momento com ele e seus responsáveis, para que se explique o funcionamento do psicodiagnóstico. Ao longo do processo, os responsáveis deverão ser chamados para outras entrevistas, especialmente porque se deve coletar dados de anamnese do paciente, mas tal encontro poderá ocorrer em outra data, de preferência não no mesmo dia do atendimento do paciente, a ser marcado após combinação realizada com o adolescente. A Figura 5.1 traz um fluxograma ilustrativo sobre as etapas da entrevista inicial com a diferenciação entre pacientes adultos, adolescentes e crianças.

A entrevista inicial também é um momento importante para a coleta de informações relacionadas ao paciente que serão significativas para o delineamento de um plano de avaliação. Que técnicas e testes podem ser utilizados com esse paciente? Qual o seu nível de compreensão? Qual sua capacidade de comunicação? O paciente faz uso de lentes ou de aparelho auditivo? Tem algum problema de visão ou alguma dificuldade motora? É destro ou canhoto? Qual sua escolaridade? É alfabetizado? Tais dados mostram-se importantes, pois, em um paciente com dificuldade para identificar cores, por exemplo, não se pode utilizar um teste como o Rorschach. No caso relatado anteriormente, também se pode pensar que a escolha de um instrumento de avaliação da área

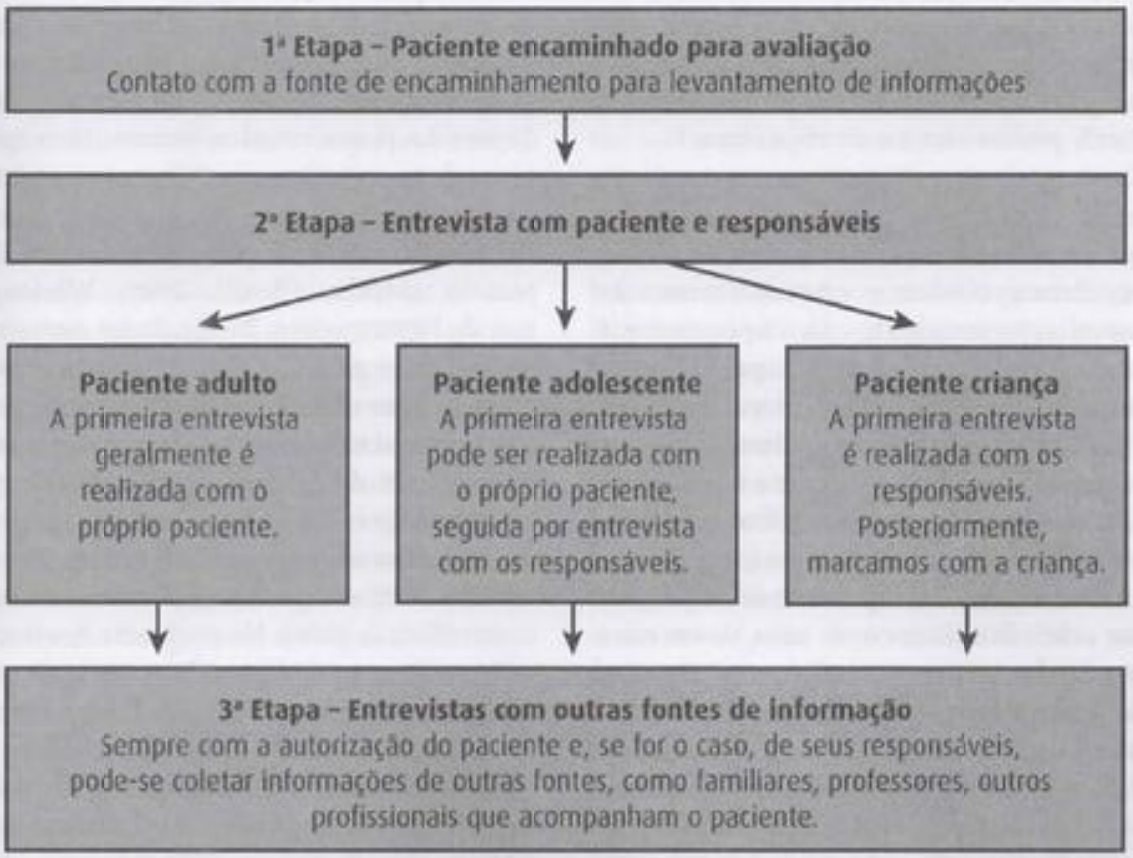


FIGURA 5.1 / Fluxograma com as etapas da entrevista inicial.

cognitiva não poderia contemplar exercícios verbais, pois a criança não teria como responder a esse tipo de questão em função de suas dificuldades de comunicação verbal. No caso de pacientes que utilizam lentes ou aparelho auditivo, é necessário lembrá-los, na consulta anterior à aplicação dos instrumentos, que o uso do aparelho ou dos óculos será imprescindível para a realização dos testes.

Nas entrevistas iniciais também é preciso ter como objetivo a investigação da queixa ou do problema trazido para a avaliação, coletando, assim, o maior número de informações que possam auxiliar no entendimento de como esse problema se manifesta e tudo mais que o cerca. Algumas questões importantes são: Desde quando os sintomas se manifestam? Existe algum fator desencadeante? Qual a intensidade? Em que ambientes eles ocorrem? Como o paciente percebe esses sintomas? Qual a influência dos sintomas na vida diária? Quais os prejuízos que eles vêm trazendo para a vida do paciente? Em que áreas da vida (social, familiar, educacional/laboral) os sintomas/problemas trazem prejuízos? Como a família, os amigos e outras pessoas que convivem com o paciente observam o problema?

Além de investigar o problema em si, deve-se avaliar qual é a realidade atual do paciente. Que tipo de suporte (social, familiar, financeiro) ele tem para lidar com o problema? Com quem vive e quem o auxilia em suas dificuldades? Ele já passou por algum tipo de atendimento profissional antes? Quais profissionais o acompanham?

Além do paciente e dos pais ou responsáveis, as primeiras entrevistas podem ser realizadas também com outras fontes de informação. Como esses encontros precedem o estabelecimento do plano de avaliação, em alguns casos é possível que se tenha de conversar com outros profissionais (além daquele que encaminhou o paciente) ou com outro familiar, a fim de compreender melhor como as queixas ocorrem em outros âmbitos ou obter informações mais precisas sobre o paciente. Nos atendimentos que realizei ou que supervisionei foram frequentes os casos de crianças cuidadas por outro familiar, como uma tia ou uma avó, e que conheciam muito mais a rotina ou os dados do desenvolvimento delas do que os próprios pais. Lembro-me de um caso de supervisão em que a mãe esteve muito tempo hospitalizada, a vizinha ficando, então, responsável pela criança, auxiliando em seus cuidados enquanto o pai trabalhava o dia todo. Nesse caso, foi de extrema importância a obtenção de dados provenientes dessa fonte. Também não são raros, por exemplo, os casos de encaminhamento para avaliação de suspeitas de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade realizado pelos médicos que acompanham as crianças. Nessas situações, deve-se obter informações do comportamento do paciente em mais de um ambiente, sendo o escolar aquele em que, na maioria das vezes, esse tipo de transtorno é mais perceptível por professores e colegas. Logo, um contato com a escola mostra-se fundamental. Ressalto que sempre que for preciso buscar outras fontes de dados, esses contatos devem ser precedidos da autorização do paciente e dos responsáveis (no caso de crianças).

Pelo fato de a entrevista inicial se caracterizar como o primeiro contato que o avaliador realiza com o paciente, ela deve ser permeada de cuidados em relação às informações que são trazidas. Deve-se estar atento a situações como as de ideação suicida. Pacientes que verbalizem em algum momento o desejo de se matar devem ser escutados. Essa informação não deve ser relegada. É preciso que se possa investigar com mais detalhes o quanto esse desejo consiste em um risco real de suicídio. O paciente tem planos de suicídio? Já pensou de que forma e com que meios colocaria esses planos em prática? Existe alguma data prevista para isso? Já realizou tentativas anteriores? É importante avaliar como se mostra o contato com a realidade, bem como a presença de diagnóstico prévio e de sintomas atuais de depressão, já que estudos demonstram que a presença de transtornos mentais, como os do humor e a esquizofrenia, e as tentativas prévias de suicídio estão entre os principais fatores de risco para o suicídio (Brasil, 2006; Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005). Entre outros fatores importantes estão: o uso de substâncias psicoativas, como álcool e drogas; fatores psicológicos, como vivências de perda (perdas recentes de emprego ou de pessoas significativas); questões sociodemográficas (é mais comum entre pessoas do sexo masculino com idades entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos); e condições clínicas incapacitantes (Brasil, 2006). Na evidência de risco de suicídio, não se pode liberar um paciente para que saia sozinho do atendimento. É importante criar um espaço de escuta empática e atenta para as questões trazidas, a fim de que ele também consiga aliviar sua angústia. Durante essa conversa, deve-se informar o paciente sobre a necessidade de entrar em contato com os familiares ou amigos

mais próximos, que deverão ser orientados a não deixá-lo só em nenhum momento, em função do risco existente, e a impedir o acesso a meios que possibilitem o suicídio (medicamentos, armas, cordas, etc.). Caso o paciente já esteja em acompanhamento psiquiátrico, deve-se contatar o profissional, também com a autorização do paciente e dos familiares, para que sejam adotadas as medidas necessárias. Em situações em que esse paciente não está em acompanhamento psiquiátrico, dependendo da gravidade do risco, pode-se orientar a família para a busca de internação psiquiátrica do familiar.

A entrevista inicial pode seguir diferentes modelos. Ela pode ser livre, semiestruturada ou estruturada. A entrevista livre, como o próprio nome sugere, é mais aberta, podendo partir de uma pergunta mais generalista e seguir sendo construída ao longo do seu desenvolvimento. De acordo com Tavares (2003), em um contexto de avaliação, mesmo a entrevista livre deve ter algum tipo de direcionamento por parte do avaliador. Para Ocampo e Arzeno (2009), a entrevista inicial se caracterizaria como uma entrevista semidirigida. Para as autoras, nesse tipo de entrevista, o paciente é quem constrói a forma como as informações serão trazidas. É ele quem irá definir quais dados relativos ao seu problema serão abordados primeiramente e que outros dados serão incluídos. O avaliador poderá auxiliar na estruturação desse campo de informações questionando aquilo que pode ter se mostrado como contraditório, impreciso, ambíguo ou incompleto e assinalando algumas questões quando o paciente não souber como iniciar ou dar continuidade ao seu relato durante a entrevista.

Em minha experiência clínica, tenho observado que, como trazido por Tavares (2003), apesar de não demandar um roteiro de perguntas pronto, durante uma entrevista livre é importante ter em mente os temas que se pretende abordar. Isso é necessário em um processo psicodiagnóstico em que temos um foco, e, dessa maneira, a ideia é que a entrevista possa envolver questões que se mostrem relevantes para a compreensão do caso e a determinação das próximas etapas do processo. Nunca se pode perder de vista a necessidade de estabelecer o foco de investigação. Em alguns casos, o paciente, em função da ansiedade que o momento pode gerar, talvez queira trazer muitas informações que não se mostram relevantes para a avaliação nesse primeiro contato, e os avaliadores devem ser capazes de direcionar a entrevista, ou o momento pode se desvirtuar. Um exemplo comum é o dos pais ou responsáveis de pacientes em psicodiagnóstico que acabam monopolizando esse momento da avaliação para trazer questões pessoais que não se referem ao processo avaliativo do paciente em questão. De forma clara, essas situações nos trazem dados também sobre a dinâmica familiar e sobre a realidade que a criança ou o adolescente vem vivenciando. Entretanto, é importante estabelecer um limite, determinando que aquele momento e aquele espaço pertencem à avaliação da criança ou do adolescente.

O interessante na entrevista de livre estruturação é que as perguntas acabam seguindo o curso das informações trazidas pelo próprio paciente. Pode-se iniciar questionando se o paciente sabe o motivo do encaminhamento e, a partir das informações trazidas, direcionar as perguntas. Por exemplo, uma criança é encaminhada para avaliação pois vem apresentando dificuldades para acompanhar o ano escolar, não demonstrando o rendimento esperado. Perguntas importantes deveriam abordar seu momento de vida atual, se há algum acontecimento vinculado ao aparecimento das dificuldades ou se o problema vem se manifestando de modo contínuo ao longo da vida da criança. A partir daí, pode-se investigar informações acerca de seu desenvolvimento. Nesse caso, em uma entrevista aberta, não haveria um roteiro pronto, seria necessário investigar questões específicas aos sintomas apresentados e questões mais generalistas, como aquelas relativas aos marcos de desenvolvimento. Entretanto, sempre com uma atenção especial para o foco de avaliação.

As entrevistas semiestruturadas também são bastante comuns no cenário do psicodiagnóstico. Diferentemente da entrevista livre, contam com perguntas pré-formuladas. O avaliador, então, segue um roteiro de questões. Contudo, novas perguntas podem emergir a partir das respostas dadas pelo paciente ou familiar. Nesse caso, é possível ir acrescentando novas questões durante a realização do roteiro prévio. Entrevistas semiestruturadas são bem aplicadas para realização de anamneses, pois, dependendo da faixa etária do paciente, haverá dados importantes relacionados à fase do desenvolvimento que devem, em praticamente todos os casos, ser levantados. O profissional pode, ainda, ter esses roteiros já prontos para cada fase da vida (infância/adolescência/vida adulta) e apenas adaptá-los de acordo com as características individuais de seus pacientes. Por

exemplo, no roteiro de uma entrevista de anamnese para crianças, devem constar perguntas sobre os marcos do desenvolvimento, que podem ser ilustradas por questionamentos como: Com que idade a criança sentou/caminhou/falou pela primeira vez? Caso a resposta indique algum acontecimento fora do esperado em termos desenvolvimentais, cabe ao avaliador investigar melhor, incorporando novas perguntas à entrevista (para maiores esclarecimentos acerca das entrevistas de anamnese, ver Cap. 6).

As entrevistas estruturadas, por sua vez, são mais raras no contexto clínico. Pouco se utiliza uma entrevista totalmente estruturada, pois ela limita o avaliador tanto no que se refere às perguntas que podem ser feitas quanto no tipo de resposta que pode ser obtida. Essas entrevistas seguem um roteiro bastante rígido, contendo perguntas e alternativas de respostas determinadas (Laville & Dionne, 1999). Não existe liberdade para que se acrescentem novas questões nem a possibilidade de o paciente trazer respostas diferentes daquelas preestabelecidas. Então, qual a razão para fazer uso desse tipo de entrevista? Em alguns contextos, ela pode ser necessária, como quando se segue algum tipo de protocolo de avaliação ou em situações de pesquisa. Um exemplo é o caso da Mini Neuropsychiatric Interview, um tipo de entrevista padronizada, estruturada e dirigida (Amorim, 2000; Figueira, Diniz, & Silva Filho, 2011) que avalia transtornos descritos no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM). Mas, na hipótese de utilizarmos uma entrevista estruturada, com certeza serão necessários outros dados e outras técnicas para que se possa entender o caso de cada indivíduo. Os próprios instrumentos de avaliação, como inventários ou escalas, podem seguir a lógica de uma entrevista estruturada; no entanto, mesmo esses instrumentos, quando utilizados em uma avaliação psicodiagnóstica, precisam ter seus resultados respaldados por outras informações, o que se busca por meio de intervalos entre as técnicas utilizadas. A Tabela 5.1 traz um resumo das diferenças entre as três modalidades de entrevista no que se refere a características gerais, postura do avaliador, postura do paciente e aplicabilidade no psicodiagnóstico.

Neste capítulo, procurei abordar as principais características e definir as etapas da

TABELA 5.1
Diferenças entre as modalidades de entrevista de livre estruturação, semiestruturada e estruturada

	Modalidades de Entrevista		
	Livre estruturação	Semiestruturada	Estruturada
Características da entrevista	Aberta. Não existem perguntas pré-formuladas.	Flexível. Existe um roteiro com algumas perguntas predeterminadas.	Rígida. As perguntas são pré-formuladas, assim com as alternativas de resposta.
Postura do paciente	O paciente é livre para trazer as informações que achar pertinentes na ordem que desejar.	O paciente responde às questões de acordo com a ordem trazida pelo avaliador, mas suas respostas podem gerar novos questionamentos.	Não há espaço para respostas diferentes das opções pré-formuladas.
Postura do avaliador	O avaliador deve ter em mente os temas a ser abordados, pois, em alguns momentos, ele deverá direcionar a entrevista.	O avaliador deve ir além das questões pré-elaboradas. Novas questões podem emergir a partir das respostas do paciente.	Deve seguir o roteiro de forma fiel. Novas questões não serão acrescentadas e as já existentes não podem ser modificadas.
Aplicabilidade no psicodiagnóstico	Bastante utilizadas.	Bastante utilizadas.	Menos utilizadas.

entrevista inicial, assim como os diferentes modelos de entrevistas que podem ser aplicados. Entre as características mencionadas, percebemos que nesses primeiros encontros com o paciente também são evidenciados elementos importantes para o estabelecimento do contrato de trabalho com ele e com seus responsáveis, quando for o caso. Eu diria, inclusive, que o contrato já vai sendo estabelecido ao longo das primeiras entrevistas, a partir do momento em que explicamos ao paciente como serão os encontros, a limitação temporal do processo, e os dias e horários em que irão ocorrer as consultas. A disponibilidade do paciente para prestar as informações necessárias e sua postura colaborativa serão determinantes para o bom andamento do processo e se enquadram nas combinações de um contrato de trabalho em psicodiagnóstico. Podemos encerrar uma entrevista tratando das combinações relativas às datas dos próximos encontros e de qual será o planejamento para a sessão seguinte.

REFERÊNCIAS

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*(3), 106-115.

Arzeno, M. E. G. (1995). Algumas contribuições úteis para a realização da primeira consulta com o consultante. In: M. E. G. Arzeno (Ed.), *Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições*. Porto Alegre: Artmed.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

Figueira, P. G., Diniz, L. M., & Silva Filho, H. C. (2011). Características demográficas associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 33*(2), 71-75.

Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.

Ocampo, M. L. S., & Arzeno, M. E. G. (2009). A entrevista inicial. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, & E. G. Piccolo (Eds.), *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.

Tavares, M. (2003). A entrevista clínica. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Werlang, B. L., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia, 39*(2), 259-266.

6

A ENTREVISTA DE ANAMNESE

Mônia Aparecida Silva
Denise Ruschel Bandeira

Ao iniciar o processo psicodiagnóstico, é fundamental a coleta de informações aprofundadas sobre o avaliando, focando as áreas mais importantes de sua vida e os motivos que o levaram a buscar atendimento. Para o levantamento dessas informações, que irão fundamentar a formulação das hipóteses diagnósticas iniciais e, consequentemente, a escolha de instrumentos e técnicas a serem utilizados no psicodiagnóstico, os psicólogos, em geral, realizam uma extensa entrevista sobre a história de vida da pessoa. Em nossa prática,[1] a realização desse tipo de entrevista inicial, denominada "entrevista de anamnese", tem demonstrado ser um recurso fundamental que subsidia todo o processo de psicodiagnóstico.

A anamnese é um tipo de entrevista realizada para investigar a história do examinando, ou seja, os aspectos de sua vida considerados relevantes para o entendimento da queixa. Etimologicamente, a palavra vem do grego *anamnesis*, composta por "*aná*", que se refere à lembrança, ao ato de trazer à mente, juntamente com a raiz "*mnesis*", que significa recordar, fazer lembrar (Soares et al., 2014). Assim, anamnese significa trazer à consciência os fatos relacionados à queixa e à história do avaliando. Um de seus principais objetivos é a busca de uma possível conexão entre os aspectos da vida do avaliando e o problema apresentado (Cunha, 2000). Para esse tipo de coleta de dados, pressupõe-se que o informante detenha um conhecimento sobre a própria vida ou sobre a vida de quem está sendo avaliado, sendo necessário que ele recupere da memória os eventos significativos questionados pelo psicólogo. Na prática, quando se avaliam crianças, a anamnese é feita com os pais ou responsáveis. No caso de adolescentes, ela pode ser realizada com o próprio jovem, com os pais, ou com ambos, em momentos diferentes. Quando feita com os pais, a anamnese de adolescentes pode ser complementada e discutida com o jovem. Quando se trata de uma avaliação com adultos ou idosos, o processo geralmente é feito com o próprio paciente (exceto em casos em que há um quadro psicopatológico que compromete a qualidade das informações, como, por exemplo, em casos de depressão profunda ou de problemas de memória).

A anamnese é um tipo de entrevista clínica direcionada a investigar fatos e, por isso, o psicólogo tem uma posição mais ativa nos questionamentos. Durante o processo, deve-se dosar o uso de interpretações ou mesmo de apontamentos, pois é um momento de coleta de informações. Deve-se evitar posicionamentos a respeito do avaliando, que poderão ser oportunamente retomados na devolução dos resultados.

A entrevista de anamnese tem caráter investigativo, priorizando o levantamento de informações cronologicamente organizadas e que

[1] Na elaboração deste capítulo, muitos exemplos e reflexões foram baseados em nossa prática clínica, particularmente na atuação no serviço-escola Centro de Avaliação Psicológica (CAP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

guiam a tomada de decisão sobre como prosseguir com a avaliação (Cunha, 2000). Por exemplo, no caso de um adolescente encaminhado ao psicodiagnóstico por queixa de dificuldades de aprendizagem, informações sobre como foi a vida escolar na infância são essenciais. Ao se detectar que as dificuldades já estavam presentes nos primeiros anos de escolarização, as hipóteses iniciais do psicólogo podem se direcionar a uma potencial deficiência intelectual, reforçando-se a maior necessidade de uma avaliação cognitiva. Quando as dificuldades não estavam presentes na infância e não há indícios de prejuízos na funcionalidade (i. e., capacidade de se comunicar adequadamente, autonomia para tarefas da vida diária e para o autocuidado, entre outras), a identificação dos possíveis acontecimentos que antecederam a dificuldade atual e do momento em que os problemas começaram a ocorrer podem sugerir a prioridade de outro tipo de investigação, como, por exemplo, a emocional ou comportamental.

Contudo, muitas vezes a cronologia da história de vida do avaliando não é clara. Os informantes podem expor suas ideias e pensamentos de forma pouco organizada. É nosso papel, então, tentar organizar essas informações em uma ordem cronológica, ajudando o informante por meio de pontos de controle da história. Por exemplo, se o informante não sabe identificar quando de fato começaram a aparecer os primeiros sintomas (idade da criança), podemos perguntar: "Isso foi antes ou depois de ela começar a caminhar?", "Antes ou depois de ela entrar para a escola?".

A anamnese geralmente é feita em forma de entrevista semiestruturada, ou seja, há um roteiro prévio contendo aspectos essenciais a serem abordados para orientar algumas perguntas, e esse roteiro vai sofrendo adaptações durante a entrevista. O psicólogo tem flexibilidade para adequar as questões ao *background* socioeducacional do informante, bem como para adicionar perguntas que considere relevantes. Pode-se também fazer adaptações no roteiro, de modo a deixar de questionar aspectos percebidos como não passíveis de resposta ou questões que já foram respondidas em um momento anterior. Por exemplo, frequentemente recebemos pacientes que utilizam os primeiros minutos da entrevista como forma de descarga emocional de seu sofrimento. Nesses minutos, já abordam vários aspectos que deveriam ser investigados por meio de um roteiro de anamnese. A sugestão, então, é que o psicólogo verifique se o que foi dito está claro para ele ou se é preciso investigar melhor alguns aspectos. O psicólogo também pode focar a atenção em questões que se revelarem mais informativas, de acordo com a queixa relatada. Em um caso de uma criança com enurese noturna, por exemplo, é muito importante investigar de forma mais detalhada como ocorreu o treino para controle dos esfíncteres, tanto pelos pais como por pessoas que acompanham a criança.

Antes de iniciar a anamnese, é necessário estabelecer um *rapport* adequado com o informante, explicando os objetivos gerais da entrevista, bem como sua duração e seu papel no processo de psicodiagnóstico. Em geral, iniciamos essa etapa perguntando sobre o motivo da busca da avaliação. Dedicamos algum tempo para reforçar a participação do informante como algo essencial para o bom andamento do processo de avaliação e para responder às suas possíveis dúvidas. O psicólogo deve demonstrar interesse pelo que a pessoa relata e escutar com atenção os conteúdos das narrativas que ela traz espontaneamente. Deve-se deixá-la confortável e garantir que a "conversa" flua naturalmente. Nesse momento, o psicólogo não deve dar *feedbacks* sobre possíveis resultados da avaliação e deve ter cuidado com o uso de expressões e entonações que possam exprimir cobrança ou julgamento.

Durante a entrevista de anamnese, vamos construindo imagens e percepções sobre o avaliando, estando ele presente ou não. Alguns aspectos relevantes podem ser observados quando o avaliando não está presente, como a visão do informante sobre ele e a forma como são apresentadas suas características e dificuldades. Pode ser que, ao final da entrevista, a imagem e as percepções que construímos inicialmente se modifiquem de forma substancial ou se mantenham constantes durante as sessões de avaliação. A partir do momento que entramos em contato com o próprio paciente, passamos a ter uma imagem de como ele de fato é, e a observar como se comunica e aparenta se sentir em relação à queixa. A comparação da nossa percepção advinda dos relatos da anamnese com aquela observada no contato direto com o paciente ao longo dos atendimentos pode ser uma rica fonte de informação.

Apesar de a entrevista de anamnese ter um papel fundamental no psicodiagnóstico, é importante considerá-la um recurso limitado. No encontro inicial com o avaliando ou com quem explicita a queixa, psicólogo e informante sofrem influências recíprocas de experiências prévias e

de expectativas sobre o processo psicodiagnóstico. Um dos principais desafios é estabelecer uma comunicação que permita a evolução comum do entendimento das queixas atuais do paciente e de sua evolução no tempo. É quase impossível coletar todos os dados relevantes da vida do avaliando em uma entrevista. As informações são filtradas pela percepção de quem é entrevistado e, por vezes, sujeitas a falhas em virtude de resistência, esquecimentos, distorções, omissões ou manipulações intencionais. Além disso, nem sempre o psicólogo está ciente de todas as questões importantes a serem tratadas na entrevista de anamnese, sendo necessário retomá-las em sessões posteriores do processo de psicodiagnóstico. Contudo, considera-se esse tipo de entrevista como um ponto de partida essencial.

O registro da entrevista de anamnese é um aspecto muito importante a ser considerado. O psicólogo precisa ter habilidades para perguntar, escutar, prestar atenção no informante e anotar o que ele diz. As respostas do entrevistado devem ser anotadas com exatidão e, preferencialmente, nas palavras dele, a fim de se evitar interferências da interpretação do psicólogo no registro. Anotar ao mesmo tempo em que se escuta pode ser desafiador, podendo-se perder informações da observação e causar certo distanciamento do informante. Confiar na memória e anotar tudo após a sessão pode ser arriscado, pois as informações serão filtradas pela escuta do psicólogo, perdendo-se partes importantes da fala do informante (Benjamin, 2011). Uma alternativa pouco utilizada é a gravação em áudio da entrevista de anamnese. As principais vantagens dessa forma de registro são a fidedignidade dos dados coletados, podendo-se rever a gravação e confirmar todos os detalhes quando se tem dúvidas. Além disso, o psicólogo pode dedicar-se mais à escuta e à observação durante a sessão. As desvantagens podem ocorrer quando, mesmo concordando com a gravação, o entrevistado se sentir desconfortável e omitir detalhes importantes por causa do registro em áudio. Em alguns casos, se o psicólogo tiver optado pela gravação e perceber, durante a entrevista, que a pessoa está se sentindo desconfortável, pode interrompê-la e justificar o fato ao informante. É importante enfatizar que qualquer registro em áudio ou vídeo tem implicações éticas. Deve-se sempre informar e pedir a autorização do avaliando ou do informante para todas as formas de registro. Recomendamos que o consentimento para o registro digital de informações seja feito por escrito e arquivado junto com os documentos produzidos na avaliação.

Em relação à duração, não há uma regra sobre quantas sessões devem ser destinadas à entrevista de anamnese. Em nossa prática de psicodiagnóstico, costumamos destinar o tempo de uma sessão e, posteriormente, se houver necessidade de checar informações adicionais, solicitamos ao avaliando ou ao seu responsável que respondam às dúvidas que tenham surgido. Geralmente utilizamos uma parte final de uma das sessões de avaliação para isso. Essas dúvidas podem emergir ao se escrever a história clínica ou no decorrer das demais sessões, com a observação ou o surgimento de novas informações do mesmo ou de outro informante. Pelo fato de o psicodiagnóstico ser um processo de duração limitada, é preciso usar o tempo disponível da forma mais eficiente possível. Em casos em que a história clínica tem riqueza de detalhes relevantes, como muitos acontecimentos na família e na vida do avaliando, uma segunda sessão pode ser necessária.

Dependendo da área em que o psicólogo trabalhe, alguns aspectos da anamnese são mais importantes que outros. Cabe ao profissional selecionar as questões relevantes de acordo com os objetivos da entrevista, de modo a distinguir o que é fundamental daquilo que pode ser omitido na investigação. Existem modelos de anamnese preestabelecidos para ajudar o profissional com algumas perguntas importantes. Por exemplo, os serviços de saúde às vezes têm um roteiro de anamnese padrão para facilitar a coleta de informações por profissionais que não têm muita experiência. Na prática clínica, o psicólogo deve ter um roteiro básico, mas sua experiência e seu conhecimento do desenvolvimento esperado para cada fase da vida é que nortearão a entrevista.

A anamnese não é uma técnica exclusiva do psicólogo. Na área da saúde, ela é amplamente utilizada para o entendimento dos fatores envolvidos no processo saúde-doença. Nas diferentes áreas, tem em comum o objetivo de buscar informações da história da pessoa que orientem a elaboração de hipóteses, a busca do diagnóstico e a avaliação prognóstica.

ESPECIFICIDADES DA ENTREVISTA DE ANAMNESE COM PESSOAS DE DIFERENTES GRUPOS ETÁRIOS

A entrevista de anamnese não segue a mesma estrutura para pessoas de diferentes grupos etários.

Alguns aspectos são sempre examinados, independentemente da idade, como a configuração e as relações familiares, o número de pessoas da família imediata e a ocupação de cada membro, as características do ambiente doméstico, a rede de apoio do avaliando e as questões referentes à queixa. Recomenda-se que seja feita uma investigação da posição do avaliando no sistema familiar, que pode ser ilustrada por meio de um genograma – uma representação gráfica da família (Werlang, 2000). Os leitores interessados encontrarão um capítulo específico sobre genograma neste livro. Outros aspectos comuns a todas as entrevistas de anamnese incluem: (a) evolução da queixa, ou seja, há quanto tempo o avaliando apresenta o problema e se teve momentos em que ele foi mais ou menos comprometedor; (b) histórico de tratamentos de saúde atuais e pregressos; (c) uso de medicamentos; (d) efeitos do problema sobre o funcionamento psicossocial do paciente no momento atual; e (e) percepção do examinando em relação à queixa. Entretanto, alguns aspectos se tornam mais ou menos importantes do que outros dependendo da idade, o que implica a necessidade de adaptar as questões da anamnese a essas especificidades.

Na anamnese de crianças, a avaliação da história pré e perinatal e o alcance dos marcos do desenvolvimento têm uma importância central. Em relação à história pré e perinatal, são importantes informações sobre as condições de saúde física e mental da mãe durante a gravidez e após o nascimento do bebê, sobre a realização de acompanhamento pré-natal e sobre possíveis intercorrências na gravidez (quedas, acidentes e outros eventos significativos). Também devem ser registrados detalhes sobre o parto, sobre as condições emocionais e de saúde da mãe neste momento, sobre as condições da criança ao nascer, sobre o índice Apgar no primeiro e no quinto minuto, sobre as características e capacidades iniciais do bebê, sobre a reação dos pais, sobre a ocorrência de conflitos familiares na época, entre outros. É importante que seja investigada a possível exposição da mãe a teratógenos, agentes que podem causar danos estruturais na fase embrionária e no desenvolvimento do cérebro. Entre os principais teratógenos estão as doenças infecciosas, medicamentos como antibióticos, anticonvulsivantes, antidepressivos e antipsicóticos, o uso de drogas, a exposição a substâncias químicas como radiação, chumbo, mercúrio e fenilbenzenos, as deficiências de vitaminas e a subnutrição da mãe na gravidez (Belsky, 2010).

Em relação ao desenvolvimento da criança, deve-se explorar os indicadores esperados para a idade, envolvendo o período de alcance de um marco do desenvolvimento específico e a qualidade com que a criança passou a desempenhar aquela habilidade. Questões importantes referem-se às capacidades linguísticas, motoras, cognitivas, sociais, emocionais e adaptativas. Em relação à linguagem, pode-se questionar se a criança balbuciou nos primeiros meses, em que idade falou as primeiras palavras, qual a qualidade da fala, e qual a receptividade às tentativas de comunicação pelo adulto. A investigação dos marcos motores pode incluir se a criança engatinhou e em que idade, quando começou a andar, se teve problemas para manipular objetos ou locomover-se e se já houve o controle dos esfíncteres diurno e noturno. As habilidades cognitivas podem ser avaliadas por meio de questões sobre a capacidade da criança em aprender coisas novas, a qualidade da brincadeira, os indícios de criatividade, as dificuldades em tarefas do dia a dia e o desempenho escolar, quando for o caso. A avaliação das interações sociais e dos aspectos emocionais pode incluir a vinculação inicial do bebê, a reciprocidade entre a criança e seus cuidadores imediatos, e os laços afetivos com outras pessoas próximas, como irmãos, parentes e colegas. Para crianças que já entraram na escola, pode-se investigar como reagiram à ampliação das interações sociais e à experiência de se separar de seus pais. Por fim, as capacidades adaptativas podem ser focadas no nível de autonomia e dependência da criança para resolver tarefas do dia a dia próprias para a idade, como vestir-se, alimentar-se e pedir ajuda a outras pessoas para atender às suas necessidades. Quando a criança não tem certas habilidades ou não desempenha comportamentos esperados para a idade, o psicólogo deve estar atento e verificar se isso se deve a uma capacidade reduzida devido a problemas desenvolvimentais ou a fatores ambientais, como, por exemplo, a superproteção dos pais. No último caso, essa percepção deve ser discutida com os responsáveis no final do psicodiagnóstico, mas não no momento da entrevista de anamnese. Outros aspectos bastante importantes a serem considerados na anamnese da criança referem-se à amamentação e ao desmame, à alimentação, à qualidade do sono – incluindo informações sobre com quem a criança dorme, se ela tem o próprio quarto, entre outras – e a sinais específicos, como chupar os dedos, roer as unhas, enurese, encoprese, explosões de raiva,

tiques, medos excessivos, pesadelos, fobia, masturbação e crueldade com animais (Cunha, 2000).

Para que a anamnese não fique muito extensa, o psicólogo não precisa perguntar sobre esses fatores um a um, mas pode fazer uma questão mais geral sobre se houve algum problema em determinada área e explorar respostas positivas do informante. Recomendamos a utilização de um roteiro básico, que deve permitir a inclusão ou a redução de questões de acordo com as informações que vão sendo coletadas na entrevista. Por exemplo, para investigar questões motoras, iniciamos por uma pergunta geral: "Com que idade ele/ela começou a caminhar?" e, se a reposta for "Por volta de um ano de idade", não nos dedicamos a investigar com que idade firmou a cabeça ou engatinhou. Pressupomos que o desenvolvimento tenha sido conforme o esperado, já que é previsto que a criança caminhe por volta de um ano, e o alcance dessa habilidade mais complexa indica o sucesso de etapas anteriores do desenvolvimento motor.

Em caso de a criança ser adotada, é necessário tentar resgatar o máximo de dados possível da sua história pregressa. Às vezes isso se torna difícil, especialmente em casos de adoção em que não há a identificação dos pais biológicos da criança. Nesses casos, a triangulação de dados de diferentes informantes na anamnese, bem como os dados complementares da história da criança, têm muita relevância.

A entrevista de anamnese com adolescentes deve considerar as diversas mudanças que ocorrem nessa fase, especialmente as hormonais, físicas e relacionadas à formação da identidade. Os marcos do desenvolvimento na infância devem ser retomados de forma mais breve e geral, buscando-se identificar se problemas ocorridos na infância repercutem ou ainda persistem na adolescência. Deve-se dar atenção especial à socialização, ao interesse em relacionamentos íntimos, às questões relacionadas à sexualidade, ao histórico escolar e aos problemas específicos dessa fase da vida. Erickson (1976) caracterizou a adolescência como uma fase especial no processo do desenvolvimento, em que a confusão de papéis e as dificuldades para estabelecer uma identidade própria marcam a transição entre a infância e a vida adulta. Essa confusão de papéis está relacionada a várias crises e é, portanto, importante considerá-la em qualquer trabalho com adolescentes.

Quanto à socialização, as relações na adolescência tendem a se tornar mais amplas e importantes. Pode haver um afastamento dos pais devido a contradições de valores e interesses, fazendo os jovens se aproximarem mais de amigos e figuras de identificação. Comportamentos opositores podem surgir ou se acentuar nessa fase da vida. Na anamnese, deve-se investigar as relações do adolescente com os pais, irmãos, amigos, colegas, figuras de autoridade e de identificação (Cunha, 2000). Além disso, deve-se investigar o interesse do jovem em relacionamentos íntimos, seus possíveis conflitos e dificuldades com essa questão e aspectos relacionados à sexualidade, muito importantes nessa fase da vida.

A vida escolar também ocupa um papel de grande importância na adolescência, sendo a principal ocupação da maioria dos jovens. O desempenho acadêmico pode ser um importante indicador de potenciais problemas na vida dos adolescentes, sendo relevante analisar sua evolução no tempo. Por exemplo, se o adolescente tem um mau desempenho escolar em várias disciplinas, destoante de um padrão anterior de aproveitamento, isso pode assinalar a presença de eventos pontuais que começaram a afetar a vida do jovem em um dado momento. A identificação desses eventos pode ajudar a formular hipóteses sobre o que aconteceu paralelamente ao declínio do aproveitamento escolar e que, provavelmente, está afetando também outros âmbitos da vida do adolescente. Por sua vez, se o desempenho escolar é ruim, mas tem se mantido constante ao longo do tempo, isso pode sugerir um déficit cognitivo, o qual exerce uma influência mais duradoura e pode explicar os prejuízos do aprendizado. Também é válido explorar os interesses gerais do adolescente, como seus *hobbies*, e suas perspectivas de futuro profissional, além de sua satisfação diante desses aspectos e seu potencial para realizar seus objetivos. Os níveis de autonomia, os sentimentos de autoestima e autoeficácia e possíveis conflitos com a aparência são importantes e devem ser considerados. Comportamentos problemáticos, como fugas de casa, uso abusivo de álcool e drogas, e atitudes contrárias às leis e normas sociais, quando bem analisadas, podem suscitar hipóteses para o processo psicodiagnóstico.

Na anamnese com adultos, o desenvolvimento nas fases anteriores da vida é investigado em termos da possível ocorrência de problemas pregressos relevantes, sem grande detalhamento. As questões mais importantes referem-se às demandas desenvolvimentais esperadas nos

âmbitos sexual, familiar, social, ocupacional e físico. Hutteman, Hennecke, Orth, Reitz e Specht (2014) propõem que os aspectos mais centrais da vida dos adultos podem ser organizados em cinco domínios: (1) relacionamento íntimo, (2) vida familiar, (3) vida profissional, (4) vida social e (5) alterações físicas. Quanto ao relacionamento íntimo, é esperado que nessa fase da vida os adultos encontrem um parceiro e se adaptem à convivência com ele. Na entrevista de anamnese, é importante que seja avaliada a qualidade das relações com o parceiro ou cônjuge, envolvendo a satisfação geral com a relação, a área sexual, os padrões comportamentais do casal, os pontos positivos e possíveis problemas enfrentados. Para os adultos que não estão em um relacionamento íntimo, é importante verificar as expectativas com esse tipo de relação e a existência de relacionamentos prévios, bem como sua qualidade. Casos de divórcio, de novos casamentos, de perda do cônjuge ou de resistência em se envolver afetivamente devem ser explorados com atenção, pois podem fornecer elementos significativos para a compreensão da queixa.

Quanto ao domínio da vida familiar, deve-se enfocar a qualidade das relações e de tarefas como administrar o lar e dividir responsabilidades com os demais membros da família. Deve ser dada atenção especial à relação com os filhos, quando for o caso, e com as responsabilidades envolvidas na maternidade/paternidade. Possíveis problemas de relacionamento na família, bem como a necessidade de prover cuidados contínuos a uma pessoa doente, devem ser foco de atenção.

Em relação à vida profissional, que tem papel central na vida do adulto, merecem atenção a situação ocupacional, a satisfação com o próprio desempenho na carreira, a concretização ou não de planos e metas de vida, a satisfação com o trabalho e com as condições financeiras, e os relacionamentos com a chefia, colegas e subordinados. Mudanças recorrentes de emprego, estresse ou esgotamento emocional relacionados ao trabalho devem ser considerados com atenção. No caso de adultos aposentados, deve-se considerar os sentimentos predominantes nessa nova fase da vida.

Quanto à vida social, deve-se buscar informações sobre a rede de contatos do adulto e a importância que ele atribui aos seus relacionamentos. Pode-se investigar a capacidade da pessoa em se divertir e fazer atividades em grupo para além do ambiente de trabalho. As alterações físicas dessa etapa da vida também podem ser abordadas, assim como questões relacionadas à fertilidade e possíveis preocupações com a saúde. No caso de adultos de meia-idade e idosos, pode-se abordar a adaptação a mudanças físicas indesejadas, como aquelas relacionadas a hormônios (menopausa ou andropausa), envelhecimento da pele e diminuição da força física. Na anamnese de adultos também é importante abordar o enfrentamento de mudanças ocorridas ao longo dos anos, bem como reações diante de crises, adversidades e outras situações críticas e estressantes (Cunha, 2000). Na anamnese com idosos, é importante considerar aspectos do envelhecimento e perdas ocorridas ao longo da vida que possam estar relacionadas à queixa.

COM QUEM DEVE SER REALIZADA A ENTREVISTA DE ANAMNESE?

Quem devemos contatar como principal informante na entrevista de anamnese é uma decisão importante. A escolha geralmente é baseada em variáveis como a idade do avaliando, suas capacidades intelectuais no momento da entrevista, o grau de autonomia ou de limitação no exercício de atividades da vida diária e o interesse em colaborar. Quando são crianças a serem avaliadas, o mais indicado é que se chamem os pais. Na maioria das vezes, é a mãe quem comparece, e é ela que, em geral, passa mais tempo com o filho e observa o seu desenvolvimento. Entretanto, deve-se preferencialmente chamar ambos os pais, não priorizando o comparecimento de um único responsável para a primeira entrevista. O psicólogo pode tender a chamar somente a mãe da criança ou quem procurou o atendimento, mas pai e mãe podem ter perspectivas complementares. Os pais podem, também, já no primeiro momento, revelar percepções diferentes sobre a criança e inconsistências na forma de lidar com ela, dado que pode ajudar na compreensão da queixa. Em casos de pré-adolescentes, além da anamnese com os pais, pode-se fazer uma entrevista com o jovem, enfocando brevemente as queixas apresentadas pelos responsáveis para verificar a forma como o adolescente percebe e experimenta esses possíveis problemas.

Na entrevista de anamnese de adolescentes, por vezes a escolha do principal informante se configura como a tarefa mais difícil. Por um lado, o adolescente já tem as habilidades e competências

necessárias para falar sobre si, e possui conhecimentos sobre sua vida e sobre as dificuldades ou problemas que o trazem à avaliação. Entretanto, fatores como interesse e motivação para o psicodiagnóstico, características da personalidade, como introversão e extroversão, capacidade cognitiva, entre outras, vão estabelecer se ele será o principal informante ou se será melhor chamar um responsável. Assim, não há uma regra geral sobre quem é o melhor informante para o psicodiagnóstico de adolescentes. A escolha vai depender de quem elaborou a demanda, de quem procurou o psicólogo para a avaliação, de qual é a queixa principal, de qual é o interesse do avaliando, etc. Por exemplo, se o adolescente iniciar uma avaliação por queixas de comportamentos percebidos como opositores, ele pode se recusar a falar sobre isso ou não considerar o fato um problema. Em casos em que o jovem será avaliado por queixas de dificuldades de aprendizado, ele pode estar interessado em descobrir as causas dessas dificuldades e ser muito cooperativo. Alguns adolescentes não estarão cientes de como foi seu desenvolvimento nos primeiros anos e, nessa hipótese, chamar os pais pode ser mais informativo. Portanto, o psicólogo deve considerar vários fatores para decidir com quem fazer a entrevista de anamnese, ou, o que seria ideal, entrevistar tanto o adolescente como os seus responsáveis. A comparação de perspectivas costuma ser uma fonte rica de informações. No caso de fazer a anamnese com os pais, o psicólogo deve ser honesto e falar com o adolescente no primeiro contato, em linhas gerais, sobre o que foi dito a respeito dele, visando estabelecer uma relação de confiança. O jovem pode ser incentivado a dizer se concorda com o que foi dito e fornecer a sua visão dos fatos.

Em caso de psicodiagnóstico de adultos, a anamnese é geralmente realizada com o próprio avaliando, exceto quando ele tem limitações intelectuais consideráveis ou quando um problema o impede de ser o principal informante. Por exemplo, pode ser que o adulto seja muito introvertido, ou esteja muito deprimido, e não consiga falar sobre a queixa ou sobre os dados de sua história. Nesse caso, é entrevistada uma pessoa próxima a ele, que conhece bem a sua história, como pais, cônjuge, um parente, um filho ou mesmo um amigo próximo. Em todos os tipos de anamnese, o psicólogo pode considerar a necessidade e a viabilidade de consultar diferentes informantes. Quando o avaliando é um idoso, a anamnese também pode ser feita com o próprio avaliando ou com um informante-chave, analisando-se as mesmas potencialidades e limitações descritas anteriormente.

FONTES COMPLEMENTARES DE INFORMAÇÃO

Conforme afirmamos, na entrevista de anamnese é importante coletar o maior número de informações possíveis sobre a história do avaliando, de forma que se possa entender o surgimento, a evolução e a relevância da queixa no momento da entrevista. As fontes complementares de informação costumam envolver documentos como exames, registros escolares, contatos de profissionais com quem o avaliando faz tratamento, documentos decorrentes de outras avaliações, entre outros. Às vezes é difícil para o informante, principalmente para aqueles de baixo nível socioeducacional, relatar com precisão a história de tratamentos pregressos e seus resultados; por isso, normalmente se pede aos pacientes que tragam esses documentos consigo para a primeira entrevista. Recomendamos que sejam feitas fotocópias do material, sempre com consentimento do informante, para uma análise posterior dos documentos. Essa análise demanda tempo e talvez o psicólogo precise da ajuda de outros profissionais para interpretar os resultados.

Exames neurológicos, genéticos, psiquiátricos, fonoaudiológicos, entre outros, podem esclarecer muito sobre a queixa do paciente, direcionar hipóteses diagnósticas e melhorar a acurácia da avaliação. Por exemplo, o fato de a criança ter histórico de repetidas crises convulsivas reforça a hipótese de um déficit cognitivo. Ainda, nos casos em que o pediatra descarta uma problemática orgânica em crianças com enurese e encoprese, reforça-se a necessidade da avaliação de possíveis causas emocionais ou comportamentais para o fenômeno. Outro exemplo: entender que pessoas diagnosticadas com déficit do processamento auditivo podem apresentar sintomas de desatenção e dificuldades em tarefas escolares de leitura e escrita ajuda o profissional a não interpretar os sintomas como exclusivamente relacionados a outras psicopatologias, como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtornos específicos de aprendizagem. Em alguns casos, ao ler os exames ou relatos de tratamentos prévios, o psicólogo pode optar por fazer contato com outros profissionais que atenderam ou estão atendendo o avaliando. Para qualquer contato com

outro profissional, deve-se informar o avaliando ou seu responsável e solicitar sua autorização.

Os registros escolares, como cadernos, provas, boletins e documentos produzidos por professores, também podem ter muita relevância na avaliação. Por exemplo, ao avaliar os cadernos escolares, pode-se verificar a qualidade da escrita e a capacidade do avaliando para escrever, copiar e resolver problemas, bem como suas dificuldades em matérias específicas. Constatar, pelo boletim, que a criança tem notas médias a altas para todas as disciplinas, exceto naquelas que envolvem cálculo, como matemática, pode ajudar o psicólogo a levantar hipóteses a serem avaliadas. Pareceres de professores são igualmente úteis para o entendimento do comportamento e do desempenho do avaliando no contexto escolar. Produções espontâneas também podem ser muito válidas, como as de caráter literário e artístico (Cunha, 2000). Desenhos, textos, pinturas e outras produções podem sugerir aspectos do desenvolvimento do avaliando na época e a circunstância em que ocorreram, podendo ser analisados em termos de sua evolução até o momento da entrevista.

Os registros digitais, por meio de fotos e vídeos, também podem ser fontes preciosas de informação. Além de trazerem registros do comportamento em um ambiente natural, eles permitem acessar informações pregressas do avaliando que não foram observadas pelos informantes. Com a grande expansão das tecnologias na atualidade, as famílias costumam ter muitos registros de aniversários, festas e eventos cotidianos. A análise desse material, ainda que trabalhosa, pode aumentar a qualidade da investigação e direcionar a escolha de testes e tarefas para o psicodiagnóstico. Ainda, pode ser útil a observação do avaliando em ambiente natural, como em casa, na escola ou em outros locais relevantes. Essa necessidade deve ser avaliada em função da quantidade e da qualidade das informações coletadas na anamnese e durante a avaliação.

A IMPORTÂNCIA DOS CONHECIMENTOS TEÓRICOS PARA A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA DE ANAMNESE

A entrevista de anamnese exige conhecimentos de áreas diversas, como desenvolvimento humano, técnicas de entrevista, processos psicológicos e psicopatologia. O conhecimento especializado pode guiar as perguntas e ajudar o psicólogo a conduzir o relato do entrevistado a fim de esclarecer aspectos de interesse.

O psicólogo deve ter conhecimentos suficientes sobre os fenômenos avaliados ou buscar esses conhecimentos para a compreensão posterior dos dados coletados. Por exemplo, se na entrevista de anamnese a mãe relata que retirou a fralda quando a criança tinha seis meses, o psicólogo deve saber que isso não é o habitual e procurar entender os motivos de tal decisão, bem como as implicações do fato no desenvolvimento da criança. Da mesma forma, se é esperado que a criança caminhe sem apoio por volta dos 15 meses, o psicólogo deve investigar os casos que fogem muito desse padrão.

Também é importante que o profissional tenha conhecimentos sobre eventos recorrentes na clínica, como a ação dos psicofármacos, seus efeitos colaterais e suas possíveis interferências no desempenho em testes ou na sintomatologia do paciente. Por exemplo, doses altas de psicoestimulantes, que podem ser utilizados para o tratamento das alterações da atenção e a hiperatividade em pacientes com a síndrome genética do X-frágil, podem ocasionar tiques motores. O conhecimento das características dessa síndrome e dos efeitos colaterais do medicamento permite descartar a hipótese de transtorno de tique. Além disso, um entendimento básico de exames médicos ou a consulta a alguém que detenha esse conhecimento pode ser fundamental para a elaboração de hipóteses diagnósticas.

Para a prática de anamnese e para a avaliação psicológica, sugerimos que o psicólogo faça leituras básicas sobre o desenvolvimento infantil e ao longo das diversas faixas etárias. Podem ser realizadas pesquisas em *sites* confiáveis, com responsáveis técnicos identificados, como o da Sociedade Brasileira de Pediatria e o do Ministério da Saúde. Além disso, recomendamos que sejam feitas consultas a manuais diagnósticos, como o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) ou a *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-10). Além disso, é importante a atualização em resultados de pesquisas recentes publicadas em fontes confiáveis. Em *websites* brasileiros, as melhores fontes são aquelas que disponibilizam periódicos científicos, como Scielo e o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Além de consultar livros clássicos sobre psicologia do desenvolvimento, o psicólogo pode fazer buscas de artigos indexados em bases como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Deve-se estar atento à qualidade da revista em que o artigo está publicado, baseando-se em avaliações científicas (p. ex., Qualis-CAPES).

INFORMAÇÕES INSUFICIENTES E FATORES DE CONFUSÃO NA ENTREVISTA DE ANAMNESE

Às vezes, podemos fazer entrevistas de anamnese pouco esclarecedoras. Pode acontecer de o informante fornecer dados insuficientes, devido à confusão, à omissão proposital, à discordância de que a queixa seja um problema, às dificuldades em relatar os fatos ou ao simples desconhecimento. Há, ainda, casos em que os acontecimentos são relatados de forma descontinuada no tempo, sendo difícil entender o que precedeu ou o que foi consequência de um determinado evento.

Nos casos em que a anamnese é pouco informativa ou confusa, torna-se necessário recorrer a outras fontes de informação para tentar reconstituir a história do avaliando. Na prática clínica, recebemos crianças que vivem em abrigos e que não tiveram contato com os pais após o nascimento, e, nesse caso, perdemos todas as informações sobre a gravidez, sobre a história da família biológica e até mesmo sobre o desenvolvimento inicial. Quando as crianças estão institucionalizadas, é comum que a anamnese seja feita com um profissional da instituição, como um psicólogo ou assistente social, que sabe muito pouco sobre a história do examinando. Quando isso ocorre e não conseguimos falar com os familiares, precisamos basear a avaliação nas poucas informações coletadas e levantar hipóteses considerando o desenvolvimento do avaliando no momento atual. É necessário *expertise* para montar um quebra-cabeça, ou seja, juntar as informações disponíveis e relacioná-las com as observações e os dados coletados durante as próximas sessões do psicodiagnóstico. Esse esforço pode ser muito relevante, porque, ao reconstituir a história clínica, mesmo que em parte, e ao escrever sobre ela no documento decorrente do psicodiagnóstico (p. ex., laudo ou parecer), o psicólogo estará ajudando outros profissionais que atendem a pessoa e que possivelmente enfrentam as mesmas dificuldades.

Nas entrevistas de anamnese, é comum a coleta de informações divergentes sobre a história do avaliando ao se comparar duas perspectivas. Não são raros os encaminhamentos por escolas ou médicos em que a família ou o avaliando discordam da existência ou da gravidade do problema apresentando. As divergências podem ocorrer em virtude de variações do comportamento em diferentes contextos (p. ex., a criança pode perturbar os colegas na escola, mas ficar quieta em casa assistindo TV ou jogando *videogame*), pela quantidade de tempo que o informante passa com o avaliando, ou por interesses relacionados à avaliação (os pais podem esconder informações do psicólogo por temerem um possível diagnóstico que implique o encaminhamento do filho a um tratamento medicamentoso). Os informantes podem ter, portanto, percepções e interesses que influenciam seus relatos, e o psicólogo deve estar sempre atento, pois isso pode levar a conclusões precipitadas e errôneas.

PROCEDIMENTOS PARA AUMENTAR A QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES DA ANAMNESE

Conforme relatamos, as informações coletadas na entrevista de anamnese podem estar sujeitas a diferentes ameaças à sua validade. Além da consulta a diferentes fontes de dados, alguns cuidados podem ser tomados para aumentar a qualidade das informações. Já no início da entrevista, é importante que o psicólogo esteja atento ao nível socioeducacional do informante, de forma a adequar as perguntas ao seu vocabulário. Em todas as entrevistas, termos técnicos devem ser substituídos por outros que sejam de simples compreensão ou devem ser devidamente explicados. Por exemplo, quando questionamos sobre os índices Apgar recebidos pela criança no primeiro e no quinto minuto após o nascimento, é comum que alguns pais fiquem em dúvida quanto à resposta. Entretanto, quando explicamos que é o número dado pela equipe médica conforme as condições de saúde da criança ao nascer, normalmente a resposta é fornecida.

Em caso de confusões, informações divergentes ou incompletas, uma estratégia bastante útil é perguntar a mesma questão de diferentes formas e em momentos diferentes da entrevista. A mudança de vocabulário pode favorecer outras associações e memórias de aspectos não relatados,

culminando no surgimento de respostas novas ou complementares.

Às vezes o psicólogo pode ter dificuldades por causa da maneira como o informante se comunica. Pode haver entrevistados muito prolixos, que se prendem a um longo discurso, com explicações supérfluas e demoradas sobre aspectos simples. Há também pessoas que fogem constantemente do tema, tratando de questões não relevantes para aquele momento ou desviando o foco para outras pessoas que não o avaliando. Com esses informantes, o psicólogo pode ter de agir de forma assertiva e retomar o objetivo das questões e o tempo limitado da entrevista de anamnese. O outro extremo também acontece, quando o informante é muito conciso e exprime sua percepção com um número reduzido de palavras ou com respostas muito diretas. Com esses informantes, é preciso incentivar a fala espontânea, sendo útil a retomada do que foi falado pela repetição de uma palavra-chave seguida por interrogação. Por exemplo, a mãe afirma que o desenvolvimento da linguagem foi normal. O entrevistador questiona "normal?", esperando que ela forneça mais detalhes sobre o que foi dito. Em alguns casos, perguntas complementares precisarão ser feitas, do tipo "o que você considera normal?" ou "como foi o desenvolvimento comparando com um irmão ou colega?". O fornecimento de marcos referenciais pode ser útil para ajudar a pessoa a se lembrar ou a fornecer detalhes que não foram bem pensados anteriormente.

As perguntas que sugerem respostas diretas, do tipo sim ou não, devem ser evitadas na anamnese. Também se deve limitar o uso de questões que possam induzir o informante a confirmar uma percepção do psicólogo, que nem sempre é verdadeira. Além disso, em caso de informantes que falam pouco, o entrevistador deve ter cuidado para não completar frases ou mudar o foco das perguntas antes que uma resposta satisfatória e completa seja dada. Em situações como essa, o psicólogo pode se sentir ansioso e procurar auxiliar o informante, mas deve conter-se, a fim de não interromper o fluxo de pensamentos do entrevistado ou de quebrar um silêncio incômodo quando ele sugere reflexão ou elaboração.

Algumas vezes, o informante pode se sentir incomodado e chorar, e é importante que o psicólogo deixe-o confortável para isso. Nesses momentos, pode-se dar uma pequena pausa na entrevista, retomando em seguida com as adaptações necessárias. A observação é um recurso muito importante na anamnese, que pode nortear a conduta do psicólogo para além das informações.

A qualidade dos dados coletados também depende do entendimento correto daquilo que é informado. Deve-se ter cuidado com o significado de palavras e expressões usadas pelo entrevistado que possam ter diferentes sentidos para o psicólogo. O conhecimento do vocabulário e o domínio da mesma língua do informante não impedem a ocorrência de dificuldades de compreensão da fala espontânea. Essas dificuldades são bastante comuns para pessoas de condições sociodemográficas e educacionais muito diferentes. Por isso, é sempre válido registrar as palavras do informante e buscar compreender o sentido empregado em expressões pouco usuais ou dependentes de contexto. Perguntas abertas sobre o significado de algo, do tipo "o que você quis dizer com..." ou pedidos para que o informante fale mais sobre determinado aspecto podem ajudar nesse sentido. Mesmo com todos os cuidados, pode acontecer de o psicólogo ter um entendimento diferente do que o informante quis expressar. Para diminuir esses problemas, o profissional pode avaliar a utilidade de fazer uma breve explanação sobre as informações coletadas ao final da entrevista, questionando a concordância do informante com o que foi exposto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme discutimos neste capítulo, a entrevista de anamnese é um recurso essencial para o conhecimento do avaliando e para o adequado direcionamento do psicodiagnóstico. Para a anamnese ser bem realizada, o psicólogo deve ter conhecimentos teóricos sobre o que pretende avaliar e estar atento a estratégias que otimizem a qualidade das informações coletadas. Recomendamos a utilização de um roteiro para a entrevista de anamnese, em virtude da quantidade de informações a serem coletadas em um curto intervalo de tempo. Entretanto, enfatizamos a importância do papel do psicólogo para adaptar e modificar esse roteiro durante a realização da entrevista.

Nosso foco principal neste capítulo foi apresentar os objetivos da entrevista de anamnese, as questões a serem consideradas antes desse tipo de entrevista e os principais aspectos a serem investigados, com base, principalmente, em nossa experiência clínica. Existem alguns modelos que podem ajudar os psicólogos a realizar a

anamnese, contemplando perguntas importantes de acordo com o contexto de atuação. Apresentamos, a seguir, um roteiro de anamnese para crianças, um para adolescentes, e um para adultos e idosos. Esses roteiros foram elaborados pela equipe de supervisores e estagiários do Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS e adaptados para este capítulo. Esperamos que o material aqui produzido possa contribuir com estudantes e profissionais que estejam iniciando sua prática clínica.

AGRADECIMENTOS

Muitas das reflexões deste capítulo foram possíveis graças à experiência de trabalho em parceria com os supervisores e estagiários do Centro de Avaliação Psicológica (CAP) da UFRGS. Agradecemos à equipe do CAP pelas experiências compartilhadas e também àqueles que trabalharam na elaboração dos roteiros.

ENTREVISTA DE ANAMNESE: CRIANÇA

I. DADOS

Nome:

Idade: (anos) Sexo: ( ) M ( ) F

Data de nascimento: / / Escolaridade: Escola:

Dados familiares:

Nome da mãe:

Idade: Estado civil: Profissão:

Local de trabalho: Escolaridade:

Pai:

Idade: Estado civil: Profissão:

Local de trabalho: Escolaridade:

Irmãos? ( ) sim ( ) não

Nome: Idade: Ocupação:

Nome: Idade: Ocupação:

Nome: Idade: Ocupação:

Genograma (recomendável - com três gerações):

II. MOTIVO

Queixa principal:

Evolução da queixa (breve história clínica):

Efeitos da queixa sobre o funcionamento presente:

Como a criança se sente em relação à queixa?

III. HISTÓRIA PRÉVIA

a) Gravidez

Planejada? ( ) sim ( ) não

Desejada? ( ) sim ( ) não

Pré-natal? ( ) sim ( ) não

Condições de saúde da mãe:

Doenças/hospitalizações:

Uso de medicação? Especificar:

Exposição a substâncias químicas ou raio X?

Dificuldades em se alimentar ou falta de alimentos?

Abortos? ( ) sim ( ) não Quantos? Causa:

ENTREVISTA DE ANAMNESE: CRIANÇA	
b) Parto	( ) Normal ( ) Cesariana
	Apgar: ( ) ( )
	Reação dos pais ao ver o bebê:
c) Desenvolvimento da criança	Amamentação:
	Engatinhar/caminhar:
	Controle esfincteriano:
	Linguagem:
	Entrada na escola:
	Relações sociais:
	Hospitalizações/cirurgias:
	Perdas/separações/distanciamentos (Estranha ficar longe dos responsáveis? Como se adapta a ambientes diferentes?):
	Independência (O que faz sozinho(a)? No que precisa de ajuda?):
	Como é o sono? Com quem dorme?
	Impacto com o nascimento de irmãos:
	Descreva um dia de rotina/fim de semana da criança:
d) Momento atual	**História escolar**
	Entrada na escola:
	Dificuldades:
	Repetência (Quantas vezes? Em qual série/ano?):
	Relações interpessoais na escola:
	História clínica
	Doenças que já teve ou tem:
	Fez ou faz uso de medicamento? (Qual? Dosagem e forma de administração? Desde quando? Se parou, por quê?)
	Fez ou faz tratamento psiquiátrico, neurológico, fonoaudiológico, genético ou outro? (Desde quando? Se parou, por quê?)
	Fez ou faz tratamento psicológico? (Quando iniciou? Por quê? Se foi interrompido, qual o motivo?)
	História familiar
	Como é a relação da criança com os pais?
	Relacionamento com irmãos, colegas, amigos, extensão e família:
	Como a criança lida com frustrações, imposição de regras, normas e limites em casa?
	Ambiente doméstico
	Como é a casa?
	Onde ele(a) dorme? Tem seu próprio quarto?
	Onde ele(a) gosta de estar? Com quem?
	Ele(a) realiza tarefas em casa? (Arrumar o quarto, ajudar na limpeza e organização, etc.).
	Para o entrevistador
	1. Outras informações relevantes.
	2. Relate suas impressões sobre a entrevista e o envolvimento do informante na avaliação.

ENTREVISTA DE ANAMNESE: ADOLESCENTE

I. DADOS

Nome:

Idade: _____ (anos) Sexo: ( ) M ( ) F

Data de nascimento: ___/___/____ Escolaridade: Escola:

Dados familiares:

Nome da mãe:

Idade: Estado civil: Profissão:

Local de trabalho: Escolaridade:

Pai:

Idade: Estado civil: Profissão:

Local de trabalho: Escolaridade:

Irmãos? ( ) sim ( ) não

Nome: Idade: Ocupação:

Nome: Idade: Ocupação:

Nome: Idade: Ocupação:

Genograma (recomendável – com três gerações):

II. MOTIVO

Queixa principal:

Evolução da queixa (breve história clínica):

Efeitos da queixa sobre o funcionamento presente:

Como a criança se sente em relação à queixa?

III. HISTÓRIA DE VIDA

1) História pré e perinatal

a) Gestação

Planejada? ( ) sim ( ) não

Desejada? ( ) sim ( ) não

Pré-natal? ( ) sim ( ) não

Como foi durante a gestação (ocorrência de eventos importantes)?

A mãe fez uso de drogas, medicação?

Abortos? ( ) sim ( ) não Quantos? Causa:

b) Parto

( ) Normal ( ) Cesariana

Relação conjugal dos pais nesse período:

Condição econômica/social/cultural:

2) Desenvolvimento do(a) adolescente

Como ocorreu o desenvolvimento?

Fatos marcantes durante o desenvolvimento:

Como foi a entrada na escola?

Como são as relações sociais?

Hospitalizações/cirurgias:

Perdas/separações/distanciamentos (Estranhou ficar longe dos responsáveis? Como se adaptava a ambientes diferentes)?

3) Momento atual

Funções básicas

ENTREVISTA DE ANAMNESE: ADOLESCENTE

Sono:	
Alimentação:	
Hábitos de higiene:	
História escolar	Dificuldades:
	Repetência (Quantas vezes? Em qual série/ano?):
	Relações interpessoais:
História ocupacional	Caso o(a) adolescente trabalhe, obter informações sobre o seu trabalho e sobre os aspectos envolvidos.
História clínica	Doenças que já teve ou tem:
	Fez ou faz tratamento psiquiátrico, neurológico, fonoaudiológico, genético ou outro? (Desde quando? Se parou, por quê?)
	Fez ou faz uso de medicamento? (Qual? Desde quando? Se parou, por quê?)
	Fez ou faz algum tratamento psicológico? (Quando iniciou? Por quê? Se foi interrompido, qual o motivo?)
História familiar	Relação dos pais com o(a) adolescente:
	Como é a relação do(a) adolescente com os pais?
	Relacionamento com irmãos, colegas, amigos e família:
	Conflitos entre os membros da família, conflitos intergeracionais:
	Dependência/independência dos pais:
	Como o(a) adolescente lida com frustrações e com a imposição de regras, normas e limites em casa?
Ambiente doméstico	Como é a casa?
	Onde ele(a) dorme? Tem seu próprio quarto?
	O(a) adolescente tem privacidade?
	Onde ele(a) gosta de estar? Com quem?
	Ele(a) realiza tarefas em casa? (Arrumar o quarto, ajudar na limpeza e organização, etc.) Quais?
Relações sociais	Círculo de amizades (escola/fora da escola):
	Relacionamentos íntimos e sexualidade:
	Capacidade para se relacionar:
	Interesses sociais, culturais e de lazer (Gosta de passar tempo com outras pessoas? O que faz para se divertir? Com que frequência?):
	Relações com pessoas do mesmo sexo ou do sexo oposto:
	Liderança nos grupos a que pertence:
	Houve mudanças de interesses, de vestuário, de atenção, de concentração, de memória, de fala, de caráter, de humor? Em que período?
	Qualidades positivas e negativas que os pais ou pessoas próximas relatam sobre o(a) adolescente:
Questões específicas da adolescência	Fuga de casa:
	Álcool/cigarro/outras drogas (Que drogas? Com que frequência?):
	Obesidade:
	Transtornos alimentares (anorexia, bulimia, transtorno de compulsão alimentar periódica):
	Sentimentos de inferioridade:

Continua

ENTREVISTA DE ANAMNESE: ADOLESCENTE

	Rebeldia:
	Rejeição:
	Se presentes, como os pais ou responsáveis reagem (reagiram) ante essas questões?
Descreva a rotina do(a) adolescente durante a semana e o fim de semana	
Para o entrevistador	1. Outras informações relevantes.
	2. Relate suas impressões sobre a entrevista e sobre o envolvimento do adolescente ou do informante na avaliação.

ENTREVISTA DE ANAMNESE: ADULTO/IDOSO

I. DADOS

Nome:

Idade: (anos) Sexo: ( ) M ( ) F

Data de nascimento: / / Escolaridade:

Estado civil/*status* de relacionamento:

Filhos? ( ) sim ( ) não

Nome: Idade:

Nome: Idade:

Nome: Idade:

Com quem reside?

Dados familiares:

Mãe:

Idade: Estado civil:

Profissão: Escolaridade:

Pai:

Idade: Estado civil:

Profissão: Escolaridade:

Irmãos? ( ) sim ( ) não

Nome: Idade: Ocupação:

Nome: Idade: Ocupação:

Nome: Idade: Ocupação:

Genograma (recomendável – com três gerações):

II. MOTIVO

Queixa principal:

Evolução da queixa (breve história clínica):

Efeitos da queixa sobre o funcionamento presente:

Como se sente em relação à queixa?

ENTREVISTA DE ANAMNESE: ADULTO/IDOSO	
III. HISTÓRIA DE VIDA	
Gestação (eventos marcantes?):	
Desenvolvimento (aspectos marcantes, anormalidades?):	
Características na infância (tímido, hiperativo, amistoso, etc.):	
Percurso escolar:	
Relações sociais:	
Hospitalizações/cirurgias:	
IV. PUBERDADE E ADOLESCÊNCIA	
Relações sociais:	
História escolar:	
Problemas específicos da adolescência:	
V. IDADE ADULTA	
Escolaridade	Estuda? O quê?
Percurso ocupacional	Escolha profissional:
	Ocupação e situação atual:
	Relações com colegas, chefia, subordinados e ambiente de trabalho:
	Número de empregos e duração (explorar motivo da troca):
	Satisfação com o trabalho atual (possíveis problemas, estresse, esgotamento?):
Relações sociais	Relacionamento íntimo, qualidade da relação, sexualidade, satisfação:
	Círculo de amizades (trabalho, amigos fora do trabalho, família, etc.):
	Capacidade de se relacionar, interesses sociais e intelectuais:
VI. IDADE MADURA	
Alterações físicas importantes. (Como se sente?)	
Crises, adversidades e outras situações críticas e estressantes ao longo da vida. (Como foi o enfrentamento?)	
Aspectos do envelhecimento e perdas ocorridas ao longo da vida.	
Para o entrevistador	1. Outras informações relevantes.
	2. Relate suas impressões sobre a entrevista e sobre o envolvimento do informante na avaliação.

REFERÊNCIAS

Belsky, J. (2010). Desenvolvimento humano: Experienciando o ciclo da vida. Porto Alegre: Artmed.

Benjamin, A. (2011). A entrevista de ajuda (13. ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Cunha, J. A. (2000). A história do examinando. In J. A. Cunha (Ed.), Psicodiagnóstico V (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Erickson, E. (1976). Identidade, juventude e crise. Rio de Janeiro: Zahar.

Hutteman, R., Hennecke, M., Orth, U., Reitz, A., & Specht, J. (2014). Developmental tasks as a framework to study personality development in adulthood and old age. European Journal of Personality, 28(3), 267-278.

Soares, M. O. M., Higa, E. F. R., Passos, A. H. R., Ikuno, M. R. M., Bonifácio, L. A., Mestieri C. P., ... Ismael, R. K. (2014). Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão do estudante de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, 38(3), 314-322.

Werlang, B. G. (2000). Avaliação inter e transgeracional da família. In J. A. Cunha (Ed.), Psicodiagnóstico V (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

7

ESCOLHA DOS INSTRUMENTOS E DAS TÉCNICAS NO PSICODIAGNÓSTICO

Clarissa Marceli Trentini
Denise Ruschel Bandeira
Jefferson Silva Krug

Um passo importante para um bom resultado do processo psicodiagnóstico refere-se à escolha de instrumentos e técnicas adequados a uma dada situação. O descuido na escolha, o mau uso de instrumentos ou mesmo o não uso de técnicas apropriadas em diferentes etapas do psicodiagnóstico podem ter como consequências conclusões e encaminhamentos inapropriados, repercutindo negativamente na vida do avaliando. Assim, em vez de contribuirmos para um encaminhamento que traga melhor qualidade de vida, estaremos retardando esse processo.

Para que possamos escolher os instrumentos e as técnicas que serão utilizados, inicialmente devemos formular as hipóteses com base nos passos iniciais do psicodiagnóstico (para mais detalhes dos primeiros passos, ver Caps. 2 a 5). Durante os primeiros contatos, perguntas vão surgindo para o psicólogo quando tenta entender com que paciente está lidando, com que quadro clínico e o que pode estar causando tais sintomas. Essas perguntas ajudarão na formulação das hipóteses diagnósticas, tal como ocorre em um processo de pesquisa científica. Cunha (2000) pontua muito bem esse paralelo entre psicodiagnóstico e pesquisa científica. São essas as hipóteses que irão nos orientar na escolha do que utilizaremos durante o psicodiagnóstico. As hipóteses podem ser diversas e, com o decorrer do processo, poderão ou não ser confirmadas até que se chegue ao diagnóstico final.

Pensemos a partir de uma situação clínica bastante comum. Em um caso encaminhado pela escola, no qual há história de dificuldade escolar, repetição de ano e queixas da professora em termos de comportamento em sala de aula, podemos nos fazer algumas perguntas gerais, como: O contexto familiar no qual a criança está inserida sofreu alguma modificação recentemente? A criança está passando por algum conflito psíquico que dificulta a transposição de uma etapa de desenvolvimento psicológico? Será que é um caso de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade? Há alguma relação entre os sintomas e deficiência intelectual? Essas questões iniciais ganharão mais ou menos relevância e passarão a se tornar realmente hipóteses a testar a partir das primeiras entrevistas com os pais e com a criança. Nesse sentido, precisamos adotar uma postura investigativa exploratória já no primeiro momento de trabalho para, *a posteriori*, a partir dos dados levantados nas entrevistas iniciais, construir hipóteses que poderão ser reformuladas ao longo de todo o processo. Tudo isso ajuda na escolha dos procedimentos que vamos adotar no psicodiagnóstico.

Em nossa experiência como clínicos e como supervisores, constatamos que existem variações em relação à maneira de construir as hipóteses de trabalho para um psicodiagnóstico que são influenciadas pelas diferentes perspectivas teóricas de cada profissional, pelo tempo disponível, pela experiência profissional, bem como pelas diferentes demandas que chegam até o psicólogo. Quando a demanda é bastante objetiva (p. ex., avaliar a capacidade de atenção concentrada

ou de memória de longa duração) ou diretamente associada à descrição de um quadro clínico (p. ex., avaliar a existência ou não de um quadro de transtorno depressivo maior), a formulação da hipótese ocorre de maneira mais rápida, e se constituirá em um importante norteador da avaliação. Nessas situações, o psicólogo não deve se distanciar da hipótese formulada inicialmente, sendo a avaliação mais objetiva e, em geral, breve. Isso geralmente ocorre, portanto, quando o objetivo da avaliação é determinar um diagnóstico descritivo ou nosológico.

Já em situações em que a demanda de avaliação é mais ambígua, genérica ou ampla (p. ex., avaliar os desencadeantes e mantenedores de um quadro depressivo, ou as razões de uma criança ter dificuldades de aprendizagem), os profissionais entendem que a formulação das hipóteses e a consequente escolha dos instrumentos serão mais bem realizadas se adotarem uma "capacidade negativa" no sentido de suportar não saber o que o paciente tem até os primeiros sinais se tornarem hipóteses em virtude de suas repetições nas consultas iniciais. Muitas vezes, o psicólogo inexperiente tende a buscar apressadamente uma "solução" diagnóstica para o caso analisado, estando mais influenciado por sua insegurança profissional do que pelos indícios clínicos fornecidos pelo avaliando. Por isso, quando possível, nos casos em que o diagnóstico compreensivo é o alvo, não devemos apressar o processo avaliativo, agarrando-nos de forma acrítica à primeira impressão diagnóstica elaborada, sob pena de não irmos além de uma avaliação das aparências. Como exemplo desse segundo modelo de trabalho, temos uma situação clínica em que uma paciente de 22 anos foi encaminhada pelo psiquiatra para avaliar os motivos de estar apresentando um quadro depressivo há cerca de seis meses. Como a demanda está alicerçada em avaliar "os motivos" do sofrimento, e esses nem sempre são claros para o paciente (se o fossem, o próprio paciente provavelmente saberia como buscar auxílio para enfrentar o problema), necessitamos de diferentes estratégias para construir as primeiras hipóteses que posteriormente serão testadas. Segundo a paciente, ela se sentia triste desde que enfrentara, há oito meses, a morte do cachorro com o qual convivia há 10 anos. Poderíamos pensar em um luto vivido patologicamente, no entanto, isso seria focar na consequência de um conjunto de processos psíquicos e não nos motivos de esse luto patológico ter ocorrido. Foi necessária a realização de quatro entrevistas iniciais em que se constatou que a perda do animal de estimação da paciente havia exposto outras faltas que ficavam encobertas pela relação que tinha com ele. Verificou-se a difícil relação da paciente com sua família e com seus ideais profissionais, seus impedimentos quanto às relações interpessoais e suas fantasias ligadas a morar sozinha, sem os pais. A companhia do cachorro lhe trazia conforto para várias dessas preocupações, que não surgiram somente após a morte dele, mas se intensificaram durante o período de luto. A partir dessas constatações iniciais, foram elaboradas algumas hipóteses e optou-se pela aplicação de alguns testes projetivos com o intuito de compreender melhor os principais conflitos psíquicos inerentes a cada uma das situações descritas. Portanto, nos casos em que a busca da elaboração de um diagnóstico compreensivo é o alvo, por mais que possamos pensar algumas questões iniciais em razão da demanda, precisamos esperar o paciente manifestar seu sofrimento, sem antecipar nada. Devemos estar abertos para refazer as hipóteses elaboradas a cada encontro, construindo com o paciente o significado de suas palavras, jogos e outras comunicações a partir do conjunto de dados colhidos.

Além das hipóteses, outro fator que norteia a escolha dos instrumentos e técnicas é o conhecimento que o psicólogo tem sobre desenvolvimento humano e psicopatologia. Com essa base, podemos entender melhor quais aspectos estão envolvidos no caso atendido (p. ex., cognitivos, socioemocionais, adaptativos, motores), assim como que tipos de comportamentos e sentimentos caracterizam as diferentes patologias. Isso ajudará a definir o que precisa ser avaliado, para que então se escolha que instrumentos ou técnicas avaliam o que queremos investigar, levando em consideração as possibilidades de uma avaliação psicodiagnóstica.

Tendo definido o que é preciso avaliar, vamos às estratégias de avaliação psicodiagnóstica, que incluem testes e/ou técnicas psicológicos, cuja diferenciação deve ficar clara. Conforme os *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education [NCME], 2014), teste é um instrumento ou procedimento por meio do qual se obtém uma amostra de comportamento de um indivíduo em um domínio específico. Para tanto, o

mesmo deve ser avaliado e pontuado por meio de um processo padronizado. Então, quando não há padronizações ou quando há uma maior flexibilidade de aplicação e análise, sem a preocupação com a métrica, podemos adotar o termo *técnica psicológica*. Como exemplo, temos entrevistas (livres, semiestruturadas ou estruturadas), observações, pesquisa documental, ou outras técnicas utilizadas na tomada de decisão.

Essa discussão é importante em função da regulamentação atual do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que determina que os testes psicológicos sejam avaliados por sua Comissão Consultiva, cuja deliberação fica disponível no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi, 2015). Trata-se de

> . . . um sistema informatizado de avaliação de instrumentos submetidos à apreciação da Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica do Conselho Federal de Psicologia (CFP) que tem por objetivo avaliar a qualidade técnico-científica dos instrumentos submetidos, conforme Anexo I da Resolução CFP nº 002/2003, assim como divulgar informações sobre as condições do uso profissional de instrumentos psicológicos à comunidade e às(aos) psicólogas(os). (Satepsi, 2015).

A Resolução 002/2003 diz que o psicólogo deve utilizar somente os testes avaliados pelo CFP como favoráveis para uso (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2003). Portanto, é importante que conheça essa lista e a consulte com frequência, já que é atualizada periodicamente, para que possa atuar de forma legal. Nela também constam os testes que são ou não de uso exclusivo do psicólogo. Uma extensa discussão sobre esse tema pode ser encontrada no primeiro livro desta coleção, intitulado *Psicometria* (Hutz, Bandeira, & Trentini, 2015).

Com relação às técnicas psicológicas, entendemos que também podem ser utilizadas como fundamento para justificar as conclusões de um processo psicodiagnóstico. Não é verdade que um psicodiagnóstico necessite sempre do uso de testes psicológicos para que seja considerado válido ou fidedigno. A adoção desses instrumentos de avaliação em um psicodiagnóstico é uma opção técnica e ética do psicólogo, que considerará suas condições pessoais e conhecimentos técnicos para avaliar o caso encaminhado, concluindo quanto à relevância do uso ou não de um teste ou uma técnica para o oferecimento de um resultado avaliativo mais confiável.

Assim, para determinar quais serão os instrumentos e técnicas a utilizar, o profissional precisa saber o que avaliam. Conhecer instrumentos específicos, de uso particular do psicólogo, e técnicas e recursos disponíveis é de responsabilidade do avaliador e parte de um compromisso ético assumido quando na formação de carreira. Não temos como, em um capítulo, abordar todos esses instrumentos e técnicas, mas muitos são citados em diversos capítulos deste livro e em outros livros relativamente novos na área, como os de Barroso, Scorsolini-Comin e Nascimento (2015), Ambiel, Rabelo, Pacanaro, Alves e Leme (2011), e, Santos, Sisto, Boruchovitchi e Nascimento (2011).

Além de ter conhecimento sobre os instrumentos disponíveis, é condição para o psicólogo que conheça também suas propriedades psicométricas e suas bases teóricas. Esses dados devem constar nos manuais dos testes, e o ele precisa aprender a lê-los e ter uma postura crítica a seu respeito. Por vezes, o teste pode ser adequado e ter normas para um contexto, mas não para outro. Mais uma vez, é responsabilidade do psicólogo conhecer e poder avaliar o quanto o instrumento é ou não adequado para determinada situação. De nada vale o teste ser válido e aprovado pelo CFP, se o psicólogo não for válido (Bandeira, 2015), quer dizer, ele precisa ter o conhecimento, a formação e a técnica para aplicar determinado instrumento.

Se não houver instrumentos disponíveis, podemos utilizar técnicas ou tarefas com o objetivo de entender melhor o paciente. Em tais situações, como não há um padrão de aplicação e análise, é ainda mais indispensável um bom embasamento teórico, que guiará a estratégia de avaliação. Ainda, há situações em que não há instrumento algum, sendo o psicólogo o principal instrumento. Por isso, ter habilidade em diversas técnicas de entrevista, conhecer recursos acessíveis para as diferentes faixas etárias, ter habilidades interpessoais para o levantamento de demandas junto a pessoas próximas essenciais ao entendimento do caso ou mesmo profissionais envolvidos são condições para fazer uma boa avaliação.

No caso de haver o instrumento necessário, mas não existirem normas para o caso que está sendo atendido, é possível que o psicólogo faça aproximações entre as características deste e as da população do manual. Porém, devemos

sempre considerar as limitações dos resultados nesses casos. Os *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA, APA, & NCME, 2014) sugerem que, nesses casos, os resultados sejam colocados como hipóteses e não como conclusões. Mais uma vez, um bom embasamento teórico é fundamental, assim como habilidade em ler as tabelas e os resultados expostos nos manuais.

Em nosso entendimento, a escolha dos testes é realizada sempre de forma individualizada, ou seja, para o nosso paciente. Há locais em que a bateria de testes é padrão, não importando a necessidade específica, sendo todos os casos testados com os mesmos instrumentos. Pensamos que, por vezes, no contexto de pesquisa, isso seja necessário, mas no contexto clínico isso pode ser prejudicial. Por vezes, alguns dos dados colhidos nessa bateria-padrão não são necessários para entender aquele caso em especial. Dessa forma, a avaliação acaba não sendo justa, ou seja, o paciente "perde seu tempo" com testagens que seriam dispensáveis, sendo exposto a situações de ansiedade e gastos financeiros desnecessários.

Outro cuidado importante na escolha dos instrumentos está relacionado com as características do próprio psicólogo. Ele precisa escolher os instrumentos sobre os quais tem domínio de aplicação e interpretação dos resultados. Por isso, em nossa área, é muito importante a atualização constante em termos de cursos específicos sobre testes, assim como leitura de artigos científicos (de revistas científicas bem avaliadas) que indicam novos estudos sobre testes já consolidados ou mesmo aqueles estudos realizados pelos próprios autores dos testes, os quais ainda não tiveram oportunidade de atualizar seus manuais. Além disso, devemos também considerar nossas limitações pessoais, sejam elas físicas, perceptuais ou cognitivas (AERA, APA, & NCME, 2014). Por vezes, alguns testes exigem do aplicador o registro rápido de respostas ou mesmo capacidade de focar a atenção (p. ex., o Teste Wisconsin de Classificação de Cartas). Se o profissional não se sente à vontade, não deve aplicar. O mesmo pode ser dito quando o psicólogo entende que seu paciente deveria se submeter a determinado teste que ele não domina. Nesses casos, contar com a ajuda de um colega mais capacitado é a melhor opção.

Com relação à ordem de aplicação dos testes escolhidos, entendemos que essa é uma tarefa que deve ser pensada conforme o caso. Em nossa prática clínica, sugerimos algumas diretrizes que podem ser modificadas desde que com uma justificativa. Iniciamos por instrumentos mais simples, para então partir para os mais complexos, de forma que o avaliando possa ir se adaptando à situação de avaliação. Por isso, muitas vezes os gráficos são sugeridos como instrumentos de entrada, já que desenhar é uma atividade que todos um dia realizamos na vida. Utilizar os gráficos como instrumento inicial de uma bateria parece ser uma prática comum de muitos psicólogos no Brasil, conforme estudo de Gomes (2015).

Além disso, podemos também começar por instrumentos menos ansiogênicos para o caso em questão. Por exemplo, para crianças com dificuldades de aprendizagem, pode ser complicado responder a um teste que avalia inteligência se ele for o instrumento de entrada, já que elas podem se sentir sendo testadas como na escola. Por sua vez, iniciar uma avaliação de um caso de anorexia com um teste como o CAT (teste em que é solicitado à criança que conte histórias a partir de certas imagens), cuja primeira imagem trate de uma situação de alimentação, pode gerar resistência da criança em colaborar com o processo psicodiagnóstico.

Um terceiro aspecto a ser considerado na ordem dos instrumentos tem relação com o possível uso de testes projetivos no psicodiagnóstico, caracterizados por serem menos padronizados, aceitarem respostas que não são certas ou erradas ou terem tempo livre para resposta. Nesses casos, sugerimos que fiquem para o início da bateria, de forma a não serem "contaminados" pela forma de resposta dos testes mais padronizados, com respostas de acerto e erro e vários com controle de tempo. Ou seja, iniciar pelos instrumentos mais ambíguos, indo para os mais estruturados. Claro que essas são apenas diretrizes, que devem ser balanceadas pelo psicólogo que estará conduzindo o processo de acordo com as reações do avaliando. Para ele, deve estar claro o porquê de tomar esta ou aquela decisão na escolha e ordem dos testes e técnicas. Na realidade, todas as decisões tomadas pelo psicólogo ao planejar seu processo de psicodiagnóstico devem ter uma justificativa.

De forma mais didática, podemos dizer que a escolha de instrumentos deve considerar os seguintes passos: 1) o que quero avaliar?; 2) quais os instrumentos e técnicas disponíveis que avaliam isso que quero saber considerando a idade do avaliando?; e 3) sei usar tais instrumentos e técnicas?. Na prática, o objetivo (passo 1) da avaliação

é o norte. É para lá que devemos nos encaminhar. Para tanto, o delineamento do processo a partir do encaminhamento, chegada do paciente, elaboração de questões acerca do caso, observações, entrevistas, entre outros, deve ser feito com cuidado. Conforme discutido anteriormente, o objetivo inclui o tipo de avaliação. Desse modo, responder à questão sobre o tipo de avaliação que está sendo feita é condição. Trata-se de um psicodiagnóstico com propósito descritivo ou compreensivo? Esmiuçar o que se quer, ou melhor, o que se precisa avaliar, é importante. Cada elemento coletado é fundamental na construção desse tear.

O passo 2 amplia o anterior e deve atender a pergunta: "Quais instrumentos e técnicas estão disponíveis para avaliação da inteligência (p. ex.) de uma criança de 8 anos de idade? E quando avalio a inteligência, o que mais devo considerar? Seria importante avaliar sintomas depressivos ou ansiosos, por exemplo? Eles estão presentes?".

O passo 3 inclui uma análise crítica do próprio psicólogo e a verificação de instrumentos considerados favoráveis ao uso pelo Satepsi. Nesse caso, é possível que haja mais de um instrumento que atenda a finalidade de avaliar a inteligência. É preciso escolher um deles. Como? E de modo complementar: "Eu sou capaz de administrar esse instrumento de forma válida?". Como podemos perceber, essa etapa envolve as anteriores, partindo da questão: "Se são esses os instrumentos e técnicas disponíveis considerando os objetivos e o paciente, eu estou habilitado a usá-los?".

Neste capítulo, tivemos a intenção de discutir acerca da escolha dos instrumentos no âmbito do psicodiagnóstico. Tal tarefa poderá parecer simples, uma vez que contamos com uma lista de testes com parecer favorável do CFP, ou seja, "se está na lista, posso usar e necessariamente terei sucesso". Entretanto, tal como foi exposto, o processo constitui-se em atividade complexa, já que várias questões estão em jogo. Muitas vezes, durante esse processo, mesmo psicólogos experientes podem ter dúvidas quanto à adequação dos testes e técnicas para um determinado caso, ou, ainda, dúvidas sobre como utilizá-los, tanto em termos de aplicação quanto de análise de resultados. Nessas situações, sugerimos a busca por auxílio de supervisão, troca entre colegas ou cursos de educação continuada na área de avaliação psicológica disponíveis em universidades e centros de formação.

REFERÊNCIAS

Ambiel, R. A. M., Rabelo, I. S., Pacanaro, S. V., Alves, G. A. S., & Leme, I. F. A. S. (Eds.). (2011). *Avaliação psicológica: Guia de consulta para estudantes e profissionais de psicologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME). (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington: American Educational Research Association.

Bandeira, D. R. (2015). Prefácio. In S. M. Barroso, F. Scorsolini-Comin, & E. Nascimento (Eds.), *Avaliação psicológica: Da teoria às aplicações* (pp. 7-8). Rio de Janeiro: Vozes.

Barroso, S. M., Scorsolini-Comin, F., & Nascimento, E. (2015). *Avaliação psicológica: Da teoria às aplicações*. Rio de Janeiro: Vozes.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2003). *Resolução 002/2003*. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. Brasília, DF.

Cunha, J. A. (2000). Passos do processo psicodiagnóstico. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (pp. 105-138). Porto Alegre: Artes Médicas.

Gomes, L. P. (2015). *Testes gráficos: Formação, pesquisa e práticas em avaliação psicológica*. (Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2015). *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed.

Santos, A. A. A., Sisto, F. S., Boruchovitch, E., & Nascimento, E. (2011). *Perspectivas em avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). (2015). *Regimento interno do SATEPSI*. Recuperado de http://satepsi.cfp.org.br/docs/RegimentoInterno.pdf

8

ENTREVISTA LÚDICA DIAGNÓSTICA

Jefferson Silva Krug
Denise Ruschel Bandeira
Clarissa Marceli Trentini

A realização de avaliações psicológicas de crianças tem sido uma das principais práticas profissionais do psicólogo no País. Um estudo (Gondim, Bastos, & Peixoto, 2010) apontou que a avaliação psicológica, principalmente a realização do psicodiagnóstico, está entre as três práticas mais realizadas pelos psicólogos no Brasil, independentemente de sua área de atuação. A pesquisa revelou, ainda, que 83% dos psicólogos que referiram trabalhar na área clínica e 66,1% dos que trabalhavam na área da saúde afirmaram realizar psicodiagnóstico em suas práticas profissionais. Essa atividade também está entre as mais executadas no âmbito escolar, como referido por 47,7% dos psicólogos participantes da pesquisa.

Outro aspecto evidenciado pelo estudo versa sobre o atendimento de crianças como uma das principais atividades dos psicólogos brasileiros. Essa prática foi a mais citada por profissionais da área escolar (56,9%) e esteve entre as mais realizadas por psicólogos clínicos (44,5%) e da área da saúde (41,7%) (Gondim et al., 2010).

Dessa forma, pode-se dizer que a avaliação psicológica e o atendimento de crianças destacam-se como duas das principais atividades profissionais nesse contexto. Segundo pesquisadores (Hallberg & Ortiz, 2005), o uso da entrevista lúdica diagnóstica se sobressai nessas práticas, sendo referida como uma técnica usada diariamente por psicólogos que trabalham com crianças.

Essa técnica de coleta e análise de informações tem como principal fundamentação teórica os estudos de Sigmund Freud, Melanie Klein e Anna Freud. Embora não tenha se aprofundado na técnica lúdica, Freud contribuiu com a área ao relacionar o brincar infantil com uma linguagem que simbolizava o mundo interno da criança. Para ele, as brincadeiras das crianças seriam repetições de tudo o que na vida lhes causou profunda impressão. Apoiadas nesses pressupostos, nos anos de 1930, Melanie Klein e Anna Freud desenvolveram as primeiras sistematizações da técnica e do valor do jogo como instrumento de investigação clínica (Affonso, 2011a, 2012a; Hwang, 2011; Stürmer, 2009; Werlang, 2000).

Assim, em acréscimo à palavra do paciente, há muitas décadas passou-se a utilizar brinquedos, jogos e instrumentos lúdicos como mediadores da comunicação entre o avaliador e o avaliando para fins de diagnóstico psicológico. Além dos autores referidos, importantes pensadores ocuparam-se dessa questão, como Hermine Von Hug-Hellmuth, Sandor Ferenczi, Erik Erikson, René Spitz, Donald Winnicott e John Bowlby, por exemplo (Blinder, Knobel, & Siquiera, 2011; Costa, 2010; Roudinesco & Plon, 1997/1998). Podem ser citados, ainda, Wilfred Bion, Serge Lebovici, Maud Mannoni, Arminda Aberastury, Françoise Dolto, Esther Bick, Joice McDougall e Margareth Mahler como expoentes teóricos que embasaram as técnicas de avaliação e a intervenção infantil nos pressupostos psicanalíticos, sempre priorizando o lúdico como forma de comunicação (Bassols, Costa, Zavaschi, & Mardini, 2009; Blinder et al., 2011; Costa, 2010; Quagliatto, Cunha, Chaves, Pajola, & Lemgruber, 2008).

As obras dos pensadores psicanalíticos mencionados impulsionaram grande número de psicólogos ao uso da técnica da entrevista lúdica em suas práticas profissionais. A contribuição dessa modalidade de entrevista psicanalítica ao atendimento de crianças foi tão importante que os manuais de psicodiagnóstico mais conhecidos no País (Arzeno, 1995; Cunha, 2000; Ocampo, Arzeno, & Piccolo, 1979/2009; Trinca, 1984) e alguns dos mais conhecidos no exterior (Esquivel, Heredia, & Lucio, 1994; Sattler, 1996) fazem referência a essa técnica como extremamente útil ao processo avaliativo infantil. Também se constata que os modelos de psicodiagnóstico desenvolvidos nesses manuais têm norteado, nas últimas décadas, o trabalho de grande parte dos profissionais da área no contexto brasileiro (Araújo, 2007).

Durante a leitura desses materiais, não é difícil perceber as muitas influências do pensamento psicanalítico sobre os aportes teóricos e técnicos descritos. No entanto, esse exame levanta a hipótese de existência de duas perspectivas adotadas quanto à entrevista lúdica diagnóstica com crianças: uma relacionada ao campo da avaliação psicológica e outra, ao campo da psicanálise.

Na primeira vertente (da avaliação psicológica), percebe-se maior abertura para a realização de múltiplas técnicas de avaliação em conjugação com a entrevista lúdica, como testes psicológicos, por exemplo. Ressalta-se nesses trabalhos o uso de outros instrumentos como possibilidade de ampliar a compreensão diagnóstica. As investigações sobre essa perspectiva têm sido publicadas predominantemente em livros na língua portuguesa e espanhola, como, por exemplo, em Affonso (2011a, 2012ab), Arzeno (1995), Castro, Campezatto e Saraiva (2009), Colombo e Agosta (2005), Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal e Woscoboinik (1979/2009), Esquivel e colaboradores (1994), Kornblit (1979/2009), Sattler (1996) e Werlang (2000).

Pressupõe-se que isso decorra da concentração de trabalhos relativos ao tema na Argentina e no Brasil, também sob forte influência de diferentes correntes da teoria psicanalítica e, principalmente, dos textos de Arminda Aberastury (1962/1986, 1971/1996) (Stürmer, 2009). Essa psicanalista, embora não tenha tratado do uso de testes psicológicos, exerceu especial influência ao evidenciar o valor diagnóstico da entrevista lúdica e ao estabelecer diferenças entre a "hora do jogo diagnóstica" e a "hora do jogo terapêutica" (Werlang, 2000), o que pode ter reforçado a ideia da necessidade de um modelo de entrevista mais objetivo e sistematizado durante o período avaliativo.

A segunda vertente segue uma perspectiva diferente, priorizando a entrevista lúdica, a entrevista com os pais e a entrevista com outras fontes que se fizerem necessárias e suficientes para a elaboração de diagnósticos psicológicos. Nesses textos são feitas algumas menções quanto à possibilidade de encaminhamentos, quando preciso, para determinados tipos de avaliações que usem outros instrumentos. Essa pode ser considerada uma postura mais clássica, e é observada em textos como os de Fraiberg, Adelson e Shapiro (1994), Greenspan e Greenspan (1993), Hwang (2011), Rodulfo (1990), Rosemberg (1994), Seewald (2003) e Surreaux (2008).

Apesar de muito difundida e praticada por profissionais da área, a entrevista lúdica diagnóstica ainda é um campo a ser investigado devido à carência de definições mais claras sobre sua operacionalização (Kornblit, 1979/2009). A heterogeneidade de acepções mostra-se desde as nomenclaturas utilizadas para se referir a essa modalidade de entrevista (Affonso, 2011a, 2012c), uma vez que se pode encontrar na literatura termos como *hora do jogo diagnóstica* (Aberastury, 1962/1986), *ludodiagnóstico* (Affonso, 2012c; Safra, 1984), *entrevista com a criança* (Esquivel et al., 1994), *entrevista lúdica* (Werlang, 2000), *entrevista clínica com a criança* (Greenspan & Greenspan, 1993), *hora ludodiagnóstica* (Silva Junior & Ferraz, 2001), *observação lúdica ou hora lúdica* (Affonso, 2011a, 2012c), entre outros.[1] Além disso, constata-se uma diversidade de orientações quanto aos materiais que devem ser empregados, bem como quanto à validade da utilização dessa modalidade de entrevista para determinados fins (Affonso, 2012d).

DEFININDO ENTREVISTA LÚDICA DIAGNÓSTICA

O termo *entrevista clínica* contempla uma série de técnicas ditas como mutáveis de acordo com os objetivos específicos do profissional que as

[1] Optamos por usar o termo entrevista lúdica diagnóstica para referir à técnica utilizada durante o período inicial de avaliação diagnóstica infantil, bem como para diferi-la da entrevista lúdica com fins terapêuticos. Contudo, quando feita alguma citação direta de trabalho, optou-se por manter a expressão originalmente empregada pelos autores.

utiliza. Em psicologia, pode-se definir a entrevista clínica como:

> Um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional, com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social), em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de investigação em benefício das pessoas entrevistadas. (Tavares, 2000, p. 45).

A entrevista clínica realizada com crianças em um contexto psicodiagnóstico também pode ser chamada de entrevista lúdica diagnóstica, que se configura como um procedimento técnico utilizado a fim de conhecer e compreender a realidade da criança em processo de avaliação. Ela se diferencia da entrevista lúdica terapêutica, pois engloba um processo que tem começo, desenvolvimento e fim em si mesmo, operando como uma unidade que deve ser interpretada como tal (Efron et al., 1979/2009).

É importante ressaltar que entendemos a entrevista lúdica diagnóstica como uma entrevista inicial realizada com a criança, ou seja, refere-se à primeira etapa diagnóstica. No entanto, isso não significa que ela deva ser o primeiro ou o único procedimento diagnóstico realizado, tampouco ocorrer apenas em um encontro (Arzeno, 1995). Trata-se de uma técnica utilizada durante um período de avaliação que compreende um espaço de tempo necessário para conhecer a criança e fazer um diagnóstico de aspectos psicodinâmicos (Affonso, 2005; Castro et al., 2009).

A entrevista lúdica diagnóstica potencializa a análise dos resultados de outras técnicas comumente empregadas durante o psicodiagnóstico com crianças, como a entrevista com pais ou responsáveis, a entrevista familiar e os testes projetivos e psicométricos, por exemplo (Affonso, 2011a; Castro et al., 2009). Ela permite compreender e formular hipóteses sobre a problemática do paciente (Aberastury, 1962/1986; Efron et al., 1979/2009). Seu objetivo inclui a investigação da interação com a criança, visando o estabelecimento de um diagnóstico sobre o comportamento desta e suas múltiplas determinações (Affonso, 2011a).

Essa técnica também é utilizada para avaliar as representações dos conflitos básicos da criança, tanto do ponto de vista evolutivo (adequação ou não do comportamento à idade) quanto do ponto de vista patológico (incluindo defesas predominantes, ansiedades, relações objetais, etc.) (Affonso, 2011a). A análise da entrevista lúdica diagnóstica permite conceituar o principal conflito atual do paciente, evidenciar as principais defesas ante a ansiedade e sua qualidade, e tornar manifestas as fantasias da criança quanto à doença, à cura e ao tratamento. Além disso, essa técnica pode sugerir quais sentimentos contratransferenciais um futuro terapeuta poderia experimentar com a criança, e orientar o profissional a realizar, de maneira mais eficaz, um *rapport* com aquele determinado paciente (Kornblit, 1979/2009).

A flexibilidade dos procedimentos técnicos adotados durante a entrevista lúdica diagnóstica

O processo de avaliação psicológica de crianças compreende um período que precede o início de uma psicoterapia e é um espaço de tempo necessário para se conhecer a criança e mapear vários de seus aspectos. Esse período varia bastante, embora haja uma sequência geral que inclui a entrevista com os responsáveis (juntos ou separados), as entrevistas com a criança, a entrevista familiar e as entrevistas de devolução (Castro et al., 2009; Efron et al., 1979/2009).

Vale relembrar a comparação feita por Freud (1913/1996, p. 139) entre as primeiras entrevistas do psicanalista e o jogo de xadrez: "... somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e . . . a infinita variedade de jogadas que se desenvolvem após a abertura desafia qualquer descrição deste tipo".

Embora os psicólogos atualmente utilizem métodos bastante conhecidos, a avaliação psicológica de crianças não segue uma padronização rígida para todos os casos atendidos. Essa prática profissional mostra-se extremamente flexível, sem a existência de uma regra única para sua execução, sendo caracterizada por uma maleabilidade alicerçada no fato de que a decisão quanto aos procedimentos a serem seguidos é resultado do próprio processo avaliativo (Krug, 2014).

Como alerta Lerner (2003), entende-se que a técnica deve ocupar o lugar que lhe corresponde, ou seja, o da aplicação de uma teoria. De forma alguma os procedimentos devem ser desenvolvidos separadamente da teoria, muito menos com rigidez. Nessas situações, as técnicas deixam

de ocupar o lugar de caminho para conhecer a criança e passam a se configurar como rituais sem sentido. Freud (1913/1996) ensinava, em seu texto sobre o início do tratamento, que regras rígidas e firmes para a prática psicanalítica não seriam possíveis em razão da complexidade dos fatores psicológicos envolvidos (inclusive a personalidade do analista). Bion também entendia que todo profissional deveria ser profundamente si mesmo, sem temer sua própria originalidade e unicidade, uma vez que nossa personalidade é o instrumento com o qual trabalhamos (Ferro, 2007/2011).

Portanto, neste capítulo, serão apresentadas *possibilidades* de intervenção, englobando diferentes alternativas técnicas adotadas na realização da avaliação psicológica de crianças na atualidade. Sabe-se que os psicólogos que realizam psicodiagnóstico utilizam procedimentos diferentes em relação a muitos aspectos técnicos, o que não significa que uma postura esteja correta e a outra, errada (Krug, 2014). O que é útil para alguns psicólogos não é para outros, algo considerado saudável por Lerner (2003), pois indica que a técnica não é imutável. Entende-se que essa variabilidade metodológica resulta da diversidade de combinações entre as referências teóricas estudadas pelos profissionais, as experiências de supervisão e o próprio estilo da personalidade de cada um.

Cuidados técnicos no início do processo avaliativo de crianças

A avaliação da criança inicia muito antes do encontro com o paciente ou com os membros de sua família (Ampessan, 2005). Ela tem seu começo no contato telefônico recebido, perpassando pelos cuidados técnicos a serem tomados na ocasião da marcação das primeiras consultas.

Contato telefônico

A escuta diagnóstica inicia no momento em que o psicólogo recebe a ligação telefônica de um dos responsáveis pela criança para a marcação da consulta. Nesse momento, diversos aspectos já começam a ser analisados, como a origem da indicação. Quanto a isso, Blinder e colaboradores (2011) lembram que pediatras e professores são os primeiros profissionais a serem consultados quando uma criança apresenta alguma dificuldade. Isso se reflete, também, na origem da maioria dos encaminhamentos. A partir dessa realidade, recomendamos que o psicólogo reflita sobre quem está entrando em contato com ele, os motivos relatados para o contato, as perguntas feitas e a forma com que o interlocutor se coloca ao telefone.

Durante a ligação, caso um dos progenitores não seja mencionado, pode-se perguntar pelo pai ou pela mãe da criança. Deve haver, ainda, como descrito na literatura (Ampessan, 2005), o cuidado de se referir ao pai e à mãe com esses termos, e não utilizar as expressões "marido" ou "esposa", visando não constranger o interlocutor caso sua situação familiar não siga tal configuração.

Outro aspecto relacionado ao contato telefônico e à marcação de consulta diz respeito ao fato de que alguns psicólogos não tomam em avaliação nenhum paciente quando não podem seguir acompanhando-o, caso haja indicação para psicoterapia. No entanto, essa não é uma preocupação dos psicólogos que realizam apenas avaliações psicológicas, encaminhando um caso que demande psicoterapia para outro profissional.

Outra variação na forma de conduzir essa etapa do processo diz respeito a quando o primeiro contato é feito por outro profissional. Muitos psicólogos adotam a postura de não trocar muitas informações com o profissional para, assim, não ser demasiadamente influenciados pela opinião do colega. Isso se aplica tanto para colegas de profissão e da área da saúde quanto para profissionais de outras áreas, como a educação. Essa postura, porém, não é seguida por outros psicólogos, que entendem ser importante colher o máximo de informações mesmo antes de conhecer o paciente.

Marcação das entrevistas

Embora a literatura (Krug, 2014; Ocampo & Arzeno, 1979/2009) indique que a maioria dos psicólogos opta por marcar as primeiras entrevistas apenas com os pais, juntos ou separados, para somente depois conhecer a criança pessoalmente, outros realizam os encontros iniciais de formas diversas. Ampessan (2005) lembra que questões como a ordem de marcação das primeiras consultas, quem deve participar e como lidar com casais separados são comuns a quem trabalha com crianças. Por não acreditar em um procedimento-padrão, a autora entende que a decisão de trabalhar de uma forma ou de outra está relacionada às bases teóricas de cada profissional.

Blinder e colaboradores (2011), assim como Ocampo e Arzeno (1979/2009), afirmam ser imprescindível o comparecimento dos pais às entrevistas. No caso de pais separados, é

VINHETA CLÍNICA / 8.1

A psicóloga Paula recebe uma ligação para marcação de consulta. No telefone, uma mulher identifica-se como Maria, mãe de Kleber (6 anos), e pede para a profissional um horário com urgência, afirmando que precisa consultar "para ontem". Paula oferece um horário para dois dias a contar do momento da ligação e Maria responde que não pode esperar tanto, pois seu filho está em uma situação de emergência. Questionada sobre o que estava havendo, ela relata que o filho "nunca, em toda a sua vida, conseguiu segurar o xixi e o cocó" e que, agora, tinha decidido procurar ajuda e resolver essa situação ainda nesta semana, para que, no fim de semana, o menino não precisasse mais usar fraldas.

Nesse contato telefônico, Paula rapidamente pôde levantar algumas hipóteses sobre a situação clínica da criança e as características da mãe. A enurese e a encoprese descritas ao telefone por Maria de maneira ansiosa também sugeriam um grande distanciamento entre a expressão de sofrimento da criança e a compreensão da mãe quanto à gravidade do caso. A expectativa da mãe era de uma solução rápida para uma situação clínica geralmente bastante complexa. Isso fez com que Paula optasse por agendar a primeira entrevista com os responsáveis sem a presença da criança, pois pensou ser necessário trabalhar o entendimento do sintoma e as expectativas deles quanto a um atendimento psicológico avaliativo. Paula entendeu que, caso recebesse a criança já na primeira sessão, tendo menos tempo para falar com seus responsáveis, poderia ter dificuldade para trabalhar os aspectos mencionados anteriormente, correndo o risco de Maria frustrar-se com o atendimento, que, certamente, não resolveria o sintoma grave do filho antes do fim de semana seguinte.

importante escutar os dois, mesmo que a demanda seja apenas de um deles. Pode-se realizar as entrevistas separadamente ou com ambos, quando há cordialidade entre eles.

Aberastury (1962/1986, p. 81) diz que ". . . quando os pais decidem consultar por um problema ou enfermidade de um filho, peço-lhes uma entrevista, advertindo que o filho não deve estar presente, mas sim ser informado da consulta". Entendemos que essa sugestão de realização das primeiras entrevistas apenas com os pais é vantajosa por vários motivos. Entre eles, permite ao clínico ter um panorama da dificuldade enfrentada pela família e pela criança, conhecer a visão dos pais quanto ao filho e saber o que a criança gosta e rejeita. Essas informações mostram-se úteis para a preparação dos materiais a serem utilizados na entrevista lúdica, visando facilitar o ingresso da criança no *setting* de avaliação.

Outra conduta possível é permitir aos responsáveis que decidam como gostariam de realizar a primeira entrevista. Para isso, o psicólogo pode perguntar ao seu interlocutor, por telefone, em quem os pais estavam pensando para participar da primeira consulta. A decisão tomada pelos responsáveis já é alvo de análise por parte do profissional, uma vez que indica características da dinâmica do funcionamento familiar. Nesse mesmo sentido, Ampessan (2005) diz que o profissional deve escutar a demanda trazida por quem busca atendimento ainda ao telefone, tentando identificar com o interlocutor (geralmente a mãe) com quem ele pensou em ir à primeira sessão, com quem estabelece vínculos e o que propõe nesse primeiro contato.

A primeira entrevista também pode ser realizada com os pais juntamente com a criança ou, ainda, com toda a família desde o início do processo. Postura semelhante é sugerida por Dolto, que realizava as entrevistas preliminares com a criança junto dos pais quando esta tinha até 7 ou 8 anos de idade.

Após as entrevistas iniciais, sejam elas apenas com os pais, com a família ou só com a criança, pode-se realizar outras modalidades de entrevista, de acordo com a necessidade do processo avaliativo. Assim, agendam-se encontros entre as entrevistas com a criança, que podem ser com os pais, com a família, com babás, avós ou outras pessoas importantes na vida dela. Outra possibilidade é perguntar para a criança quem ela gostaria que participasse das sessões.

Entendemos, portanto, que a postura do profissional deve sempre considerar as situações particulares do caso avaliado, e, em ocasiões especiais, o psicólogo deve agir com flexibilidade e criatividade, tentando criar as melhores possibilidades para a condição de avaliação.

Características do processo avaliativo de crianças

Variabilidade e flexibilidade são termos que descrevem algumas das características do processo avaliativo de crianças. Isso inclui a quantidade e a frequência dos encontros, a forma de pagamento e as avaliações concomitantes. Já o tema do sigilo das informações geralmente é tratado com certa uniformidade pelos profissionais. Esses aspectos são debatidos a seguir.

Quantidade, frequência e pagamento das sessões

O número de encontros necessários para realizar a avaliação psicológica de uma criança varia muito. Alguns profissionais realizam todo o processo em quatro encontros, e outros necessitam de mais sessões. Não basta fazer apenas uma entrevista com a criança, pois alguns aspectos não se mostram aparentes no primeiro encontro. Estudo aponta que a quantidade média de encontros é sete, incluindo as entrevistas iniciais e devolutivas com pais, criança, família e outros participantes da avaliação (Krug, 2014).

A quantidade de encontros é definida de acordo com a avaliação inicial feita nas primeiras sessões. Lembramos que o processo avaliativo não deve ser apressado sem necessidade, realizando-se quantas entrevistas forem necessárias para compreender o caso analisado. Blinder e colaboradores (2011), no entanto, alertam que é útil ao profissional estabelecer para si um tempo aproximado para a realização do diagnóstico, fixando um período para sua execução.

Em relação à frequência, sugerimos que as avaliações sejam feitas em encontros semanais. Pode-se, ainda, alternar entrevistas com pais e criança, realizando, assim, dois encontros na mesma semana. Vários atendimentos semanais ao longo do processo avaliativo podem ser úteis em situações em que o resultado do psicodiagnóstico seja urgente. Nas demais situações, indicamos que haja um espaço de alguns dias entre as consultas, permitindo que fatores circunstanciais (proximidade de eventos que gerem excitação, como datas comemorativas e períodos de avaliação escolar, afastamento temporário de um dos cuidadores, etc.) não influenciem em demasia os estados de humor do paciente.

O horário da sessão, o lugar, sua duração e os honorários são elementos do enquadre que devem permanecer o mais estáveis possível (Blinder et al., 2011), embora a conduta quanto ao pagamento das sessões se mostre mais flexível em relação a cada criança atendida. Geralmente são combinadas com os pais as formas de pagamento, que podem ser por sessão, por mês ou ao final do processo avaliativo.

Avaliações concomitantes

Um recurso comumente utilizado para auxiliar no processo de avaliação psicológica da criança é o seu encaminhamento para a realização concomitante de outras avaliações. O trabalho interdisciplinar é uma alternativa para ampliar o olhar sobre a situação da criança e ter mais dados para a complementação da avaliação psicológica em curso. Para isso, estabelecem-se parcerias de trabalho com pessoas de confiança, às quais se recorre toda vez que uma avaliação de outra área se fizer necessária.

Esses encaminhamentos geralmente são feitos quando o psicólogo constata um comprometimento grave no comportamento da criança que indique a necessidade de realização de algum diagnóstico diferencial, implicando, assim, o conhecimento de outra especialidade. Castro e colaboradores (2009) afirmam que o atendimento combinado com profissionais de outras áreas é recomendado quando se faz necessária uma avaliação mais complexa, abrangente e inclusiva, a fim de integrar dados referentes às condições médicas, cognitivas e sociais da criança avaliada. Para isso, recorre-se, segundo as autoras, ao trabalho de neurologistas, pediatras, psiquiatras infantis, fonoaudiólogos, psicopedagogos, entre outros.

Ocasionalmente, quando o profissional responsável pelo psicodiagnóstico não domina determinado instrumento de avaliação, ele poderá encaminhar seu paciente a outro psicólogo especialista em um teste ou técnica cujos resultados contribuirão para a avaliação como um todo. Esses encaminhamentos ocorrem para dirimir dúvidas pontuais, como a presença de comprometimento neurológico, intelectual e da capacidade cognitiva.

Cuidados com o sigilo das informações

Quanto ao cuidado com o sigilo das informações coletadas na avaliação, é importante que o

profissional reflita sobre o que pode e o que não pode ser revelado à criança e aos pais. À criança, quando necessário, o psicólogo costuma revelar tudo o que os pais contam a ele. Na seleção do que será dito, considera-se o que ela poderá compreender. Blinder e colaboradores (2011, p. 58) recomendam que:

> ... as entrevistas com os pais sejam comentadas e nunca ocultadas das crianças, esclarecendo que todo o material que apareça nas entrevistas com os mesmos se comentará com a criança, sempre e quando for um material que lhe interesse e lhe preocupe. Também pode acontecer nas entrevistas com os pais de aparecer determinados materiais que são exclusivos destes e também a eles se deve assegurar que se trata de temas secretos e que seu filho ... não saberá nada sobre o assunto.

Yanof (2005/2006) lembra que o profissional precisa ser honesto com a criança sobre os encontros realizados com os pais e sua finalidade. Neles, o entrevistador irá traduzir o mundo interior da criança para os pais sem fornecer detalhes sobre as suas comunicações confidenciais.

As informações reveladas aos pais dizem respeito à compreensão do funcionamento psicológico da criança e do que está fazendo o filho sofrer. Os psicólogos que aplicam testes podem revelar os resultados aos pais. No entanto, como referido na literatura (Reghelin, 2008), deve-se tomar o cuidado de não revelar o conteúdo da caixa/gaveta de materiais individuais, os desenhos produzidos na sessão e o que havia sido dito pela criança.

Características da sala de atendimento

Para realizar a entrevista lúdica diagnóstica, são necessárias algumas condições mínimas que possibilitem o desenvolvimento adequado da técnica. Segundo Efron e colaboradores (1979/2009), é importante refletir sobre o assunto, já que os aspectos formais da hora do jogo diagnóstica interferem em seu conteúdo. Essas condições incluem algumas características da sala de atendimento infantil.

Estrutura física

Em relação à estrutura física da sala de atendimento, encontramos, atualmente, uma diversidade de modelos utilizados pelos psicólogos (Krug, 2014). Alguns optam por construir uma área mais aberta, específica para a criança, dentro de uma sala maior de atendimento de adultos, separada por uma porta que se mantém aberta durante os atendimentos com as crianças. Outros profissionais disponibilizam, em um canto de sua sala, materiais a serem utilizados com as crianças, sem divisórias. Também há a opção de delimitação de uma área específica na sala para o uso de jogos e, até mesmo, a opção de utilização de um pátio anexo à sala de atendimento. Todas essas parecem alternativas válidas, porém advertimos que a sala de atendimento deve ter um tamanho razoável, isto é, não precisa ser muito grande, mas deve ser ampla, de maneira que a criança não se sinta limitada em suas possibilidades de movimento.

As paredes e o piso da sala também merecem cuidados especiais, devendo ser pintados com cor suave e com tintas laváveis. Esses cuidados, conforme relatado na literatura (Aberastury, 1962/1986; Arzeno, 1995; Efron et al., 1979/2009; Simon & Yamamoto, 2012), oferecem mais tranquilidade ao profissional, permitindo que permaneça com sua atenção flutuante inalterada durante a sessão.

O uso de carpete tem vantagens e desvantagens. Uma sala acarpetada é desaconselhável, pois se torna mais difícil a limpeza do ambiente caso se faça uso de materiais como argila, massinha de modelar, cola, água e tinta. A vantagem é que o carpete permite à criança sentar-se no chão em dias frios e auxilia no isolamento acústico do consultório.

Duas características estruturais da sala de grande relevância são o acesso à água e a disponibilidade de um banheiro privativo dentro do consultório. Isso já era recomendado por Klein, que entendia que jogos com água permitem um conhecimento profundo sobre fixações precoces (Mello, 2007). Aberastury (1962/1986) e Arzeno (1995) também sugerem a disponibilização de um banheiro com acesso à água para os atendimentos infantis. Essas condições permitem a avaliação do desenvolvimento psicossexual, especialmente das questões anais, além do exame de como a criança lida com a privacidade e a autonomia. As crianças se comunicam por meio de aspectos de limpeza e sujeira, algo que é facilitado pela utilização desses elementos estruturais na sala de atendimento.

Recomendamos que a sala de atendimento infantil tenha luminosidade e temperatura controladas pelo psicólogo. Isso permite maior conforto e segurança ao paciente e ao profissional. Manter janelas abertas, por exemplo, pode facilitar acidentes, sendo o uso de climatizadores e

telas de proteção formas alternativas para solucionar essa questão.

Deve-se atentar ao fato de que o ambiente de atendimento precisa proporcionar sigilo, dando condições para que as ações e os diálogos do campo analítico não estejam expostos a outras pessoas que não os seus participantes, pois isso afetaria a condução das entrevistas e a escuta analítica. Para isso, pode-se citar algumas alternativas também sugeridas pela literatura (Aberastury, 1962/1986), como o uso de carpete, porta dupla e isolamento acústico. Cabe relembrar, no entanto, um aspecto postulado por Winnicott referente à sala não ser totalmente silenciosa, pois isso tornaria o ambiente muito artificial à criança, podendo inibi-la.

Disponibilizar essa estrutura na sala de atendimento nem sempre é possível. Às vezes, é necessário adaptar os consultórios às possibilidades existentes, o que não chega a impedir que os atendimentos ocorram mesmo sem as condições ideais.

O que a sala deve possibilitar

A sala de atendimento deve possibilitar à criança uso pleno dos objetos nela dispostos, sem restrições. A estrutura deve permitir que ela brinque inclusive com materiais que possam sujar a sala. Além disso, o paciente deve sentir-se completamente livre, podendo movimentar-se no espaço e sentar-se no chão.

Outro critério importante na organização da sala de atendimento é o conforto, não apenas do paciente, mas também do psicólogo. Assim, ela pode ter algumas características de acordo com a personalidade do psicólogo, ou seja, configurar-se de maneira que ele e seus pacientes sintam-se bem ao ocupar o espaço de atendimento. O conforto deve possibilitar a sensação de acolhimento por parte do paciente e de tranquilidade e bem-estar por parte do profissional.

A segurança é requisito prioritário na configuração do espaço de atendimento. Para isso, sugere-se, de acordo com a literatura (Efron et al., 1979/2009), que não se usem equipamentos que tenham pontas, que quebrem com facilidade ou que possam ser engolidos. Além disso, deve-se manter as janelas fechadas e com tela de proteção, não usar fogo e atentar para a proteção das tomadas.

Equipamentos

Ao equipar o consultório, o psicólogo pode disponibilizar mesas e cadeiras de diferentes tamanhos, adequadas à criança e ao terapeuta. É comum o uso de poltronas, almofadas e tapetes que permitam sentar no chão, uma vez que grande parte da sessão ocorre nesse lugar (Krug, 2014).

Entendemos, como indicado na literatura (Arzeno, 1995), que o uso de armários de fácil acesso à criança e em que possam ser colocadas caixas de brinquedo ou gavetas auxilia no processo avaliativo. Em alguns casos, oferecer espelhos aos pacientes se mostra útil para avaliar reações em relação à própria imagem. Sugerimos que todos esses equipamentos sejam seguros e possam ser limpos com facilidade, ou que o profissional use plásticos e forros para facilitar o livre uso da sala pela criança.

Os equipamentos de decoração não devem ser quebradiços e tampouco apresentados em excesso. Deve-se evitar, também, o uso de objetos que tenham algum significado pessoal importante para o psicólogo, por poderem mobilizar emocionalmente o profissional quando manuseados pelos pacientes. Não se deve seduzir as crianças oferecendo-lhes brinquedos em demasia, o que excita demais os pacientes por conta do excesso de estímulos.

Cabe ressaltar que, embora haja algumas recomendações quanto à sala de atendimento infantil, sua estrutura e suas características dependem de cada profissional. Na realidade, entendemos que a entrevista possa ser feita em qualquer lugar, desde que o profissional atente para aspectos importantes do processo de avaliação, como a relação da dupla, a disposição interna do psicólogo para compreender a criança e o fornecimento de algum mediador de comunicação. Sendo assim, não adiantaria o profissional se neutralizar demais por meio de sua sala de atendimento se, ao mesmo tempo, sua mente não estiver disponível para ser depositária dos conflitos do paciente.

Características dos materiais

A padronização dos materiais é alvo de pesquisas e um campo de estudo complexo (Affonso, 2011a, 2011b). De forma geral, há grande variabilidade nos critérios de inclusão e na maneira de apresentação dos materiais (Krug, 2014).

Características gerais e critérios de inclusão

Alguns psicólogos escolhem os materiais que utilizam a partir da proposta de autores da área e de sua experiência clínica, como postulado por

Efron e colaboradores (1979/2009). As referências mais comuns são Melanie Klein, Donald Winnicott, Arminda Aberastury e Maria Luiza Ocampo.

Os materiais são selecionados em momentos diferentes, não havendo um consenso em relação a essa questão. As condutas mais comuns são a seleção *a priori* (pré-selecionar os brinquedos que serão usados com cada criança a partir de alguma sugestão teórica ou da experiência clínica do entrevistador) e a seleção *a posteriori* (oferecer caixas e gavetas vazias e solicitar que a própria criança faça a escolha dos brinquedos de sua preferência entre os muitos ofertados).

Embora os psicólogos tenham critérios diferentes quanto ao momento e a quem deve selecionar os materiais, a forma mais comum é a seleção *a priori*, em que o profissional os escolhe a partir de cada caso (de acordo com a idade, com a conflitiva, com a dinâmica, etc.) e soma-os aos materiais considerados *standard* ou padrão (Krug, 2014). Assim, independentemente das características da criança, o material *standard* pode ser sempre disponibilizado em uma caixa ou gaveta individual ou em compartimentos coletivos, como estantes, baús ou armários, sem a participação da criança na seleção dos materiais que ficam à disposição nas entrevistas.

Na seleção *a priori*, o psicólogo pode permitir a modificação dos materiais a partir da sugestão dos pacientes, mas isso deve ser avaliado pelo profissional, que refletirá sobre o pedido. A seleção *a posteriori* apresenta a vantagem de se conhecer a criança a partir da sua própria seleção de materiais. A disponibilização de materiais-padrão, que na seleção *a priori* já estariam na caixa, e a solicitação à criança que eleja o que gostaria de colocar em seu espaço privado possibilitariam a avaliação de suas características e predileções. Há, na prática, uma seleção prévia de materiais por parte do psicólogo, mas este não irá compor a caixa de avaliação de seu paciente com todos os materiais indicados na literatura, apenas com o que for do desejo do paciente (Krug, 2014).

Sugerimos que o psicólogo permita que seus pacientes tragam o que quiserem para as sessões de avaliação, inclusive brinquedos, músicas, computadores, *tablets*, *smartphones*, desenhos e animais de estimação, por exemplo. Essa postura é válida, sendo mais uma forma de conhecer a criança.

Outros fatores que influenciam na seleção dos recursos de trabalho são o preço e o tamanho dos materiais. Em geral, objetos de valor mais elevado ou de grandes proporções são, prioritariamente, utilizados de forma coletiva. Mostra-se importante a disponibilização de brinquedos de diferentes tamanhos. Esse fato justifica-se pela análise que, posteriormente, poderá ser feita em relação à preferência do paciente por brinquedos grandes ou pequenos. Ressalta-se, porém, o cuidado necessário com brinquedos pequenos ao se trabalhar com crianças.

Quanto à quantidade de materiais, há a necessidade de uma boa variabilidade de objetos. Klein sugeria o uso de brinquedos simples e variados, que possibilitassem uma infinidade de usos, facilitando a comunicação com a criança (Mello, 2007). No entanto, como visto na literatura (Efron et al., 1979/2009), compreende-se que o excesso de materiais pode atrapalhar a avaliação, distraindo a criança e impedindo a boa realização da entrevista. Pacientes com dificuldade para "metabolizar" estímulos, por exemplo, devem ser atendidos em salas com poucos materiais (Lowenkron & Frankenthal, 2001).

Compreendemos que não seja necessário muito material para avaliar uma criança, já que a dupla analítica pode inventar, construir e se comunicar de muitas maneiras. Além disso, a própria sala de atendimento pode ser usada como brinquedo. É o que preconizam Kramer e Byerly (1996) ao afirmar que, com o aumento da experiência dos profissionais que analisam crianças, o ambiente de trabalho tornou-se mais simples e com menor número de brinquedos. Para as autoras, o grande número de materiais pode ser reduzido a *crayons*, lápis, papel, bola, baralho de cartas, massa de modelar, fita adesiva, clipes, lenços de papel, etc.

A qualidade dos materiais é um aspecto bastante lembrado na literatura (Arzeno, 1995; Efron et al., 1979/2009). Eles devem ser simples, mas, ao mesmo tempo, resistentes e manipuláveis, a fim de não quebrar com facilidade.

Recomendamos a inclusão de materiais que possam ser separados, agrupados, enchidos e esvaziados, e que façam parte do cotidiano dos pacientes. Os materiais devem ser, preferencialmente, de brinquedo, evitando a inclusão de objetos reais (como mamadeiras) para não fomentar a regressão excessiva dos pacientes. Por fim, devem preservar a integridade física do paciente, e os jogos devem possibilitar sua conclusão dentro do tempo de uma sessão.

É comum os psicólogos disponibilizarem materiais relacionados ao sexo e à idade da

criança na sala de atendimento. Para meninos, por exemplo, geralmente são oferecidos carrinhos, super-heróis e bolas. Para as meninas, bonecas e vestidos. O uso desse critério, no entanto, pode ser questionado, tanto pelas discussões do campo das pesquisas de gênero quanto pelo direcionamento das escolhas do paciente, sendo mais indicado o oferecimento de materiais iguais para ambos os sexos (Krug, 2014).

Em relação à idade, de forma geral, são ofertados materiais ligados a todas as faixas etárias e conflitos desenvolvimentais. Isso permite ao profissional avaliar a adequação da escolha do brinquedo à idade da criança. Assim, ao atender crianças pequenas (em idade pré-escolar), é comum a utilização de materiais como massa de modelar, espadas, arminhas, bolas, telefone, família terapêutica, materiais gráficos simples, materiais desestruturados e brinquedos de encaixe e que imitem comida. Já o atendimento de crianças maiores (em idade escolar) é feito usando, além dos materiais gráficos, materiais mais elaborados e estruturados, como jogos com regras (Krug, 2014).

Para Affonso (2011a, 2012c), quando o profissional escolhe os materiais que utilizará na entrevista, encontra-se implícito o referencial de teoria do desenvolvimento adotado. Efron e colaboradores (1979/2009) e Aberastury (1962/1986), por exemplo, seguem a teoria do desenvolvimento psicossexual de Freud e teorias do desenvolvimento cognitivo. Por essa razão, alguns psicólogos que orientam seu trabalho a partir dos postulados psicanalíticos relacionam os materiais às fases do desenvolvimento psicossexual descritas por Freud, atendendo às fases oral, anal, fálica e ao período de latência.

Outro critério de inclusão de materiais surge do conhecimento prévio das predileções e conflitos da criança. A partir das entrevistas iniciais com os pais, o psicólogo sabe com que materiais a criança costuma brincar e, assim, é capaz de incluí-los na relação de brinquedos do consultório. Esse critério de inclusão é descrito por Aberastury (1962/1986) e muito utilizado na atualidade (Krug, 2014), quando psicólogos afirmam que levam em consideração os gostos e os pedidos de seus pacientes no momento de eleger os materiais de trabalho.

No entanto, pode-se questionar se, ao incluir materiais que os pais dizem ser do interesse da criança, não haveria aí uma postura sedutora indesejada para as práticas avaliativas. Além disso, também deve-se considerar o risco que se corre ao seguir o que os pais dizem, uma vez que o discurso dos responsáveis pode estar apenas refletindo as ações que eles conseguem observar ou, de forma mais preocupante, os objetos com que gostam que a criança brinque. Isso deve ser analisado em relação ao vínculo com os pais e à motivação de suas falas.

As entrevistas com os pais permitem ao psicólogo levantar algumas hipóteses acerca da conflitiva vivida pelo paciente a ser avaliado. A partir dessas hipóteses e do momento de vida enfrentado pela criança, pode-se fazer escolhas por materiais específicos que viabilizem a análise das questões de forma mais direta. Assim, alguns profissionais elegem os materiais levando em consideração, como indica a literatura (Arzeno, 1995), as demandas trazidas nas primeiras entrevistas com os pais e com a própria criança.

O potencial expressivo e comunicativo de determinados materiais também é critério de inclusão. Como sugerido na literatura (Ampessan, 2005; Efron et al., 1979/2009), empregam-se materiais que permitem à criança pensar e falar sobre temas de sua vida e expressar suas pulsões sexuais, agressividade, angústia, impulsividade, reparação, mecanismos de defesa e criatividade, por exemplo.

Acima de tudo, o que se almeja ao escolher os materiais é que eles auxiliem nos processos de comunicação, de associação livre, de troca, de intercâmbio e de expressão. Eles são, portanto, considerados "espaços de fala" do inconsciente.

Uma pesquisa (Krug, 2014) apontou que a maioria dos psicólogos utiliza materiais tanto estruturados (bonecos, jogos, espadas, animais, fantoches, etc.) como não estruturados (argila, tinta, massa de modelar, sucata, material gráfico, etc.) no processo avaliativo. Essa conduta está de acordo com indicações da literatura (Aberastury, 1962/1986, 1971/1996; Affonso, 2011a, 2012d; Arzeno, 1995; Castro et al., 2009; Efron et al., 2009; Hwang, 2011; Werlang, 2000). Affonso (2012d) aponta, por exemplo, que os materiais da caixa devem ser alterados conforme o objetivo do atendimento, mas sempre sendo disponibilizados materiais estruturados e não estruturados. Isso se deve, aparentemente, à constatação de que cada um dos tipos de materiais tem vantagens e desvantagens, sendo sua mescla uma opção para diminuir as limitações impostas por cada estruturação.

Embora não haja um critério unificado na escola inglesa de orientação kleiniana, sabe-se

que há insistência no uso de materiais não estruturados (Efron, et al., 1979/2009). Sigal (2009) compartilha da ideia kleiniana de valorização do uso de brinquedos pouco estruturados. Materiais desse tipo facilitariam operações metafóricas, pois não impõem uma cristalização de sentido provável, como no caso de objetos com forte estruturação. A autora lembra que essa valorização apresenta nítida contraposição às escolas norte-americanas, nas quais o jogo é utilizado apenas como representativo da realidade, como um dublê.

As desvantagens no uso desses materiais, segundo Efron e colaboradores (1979/2009), encontram-se no risco de se interpretar símbolos que não correspondam ao que a criança realmente deseja transmitir. No entanto, as vantagens do uso dos materiais desestruturados, não estruturados ou pouco estruturados residem na possibilidade de a criança construir o *setting* a partir de seus próprios processos conscientes e inconscientes. Dessa forma, o psicólogo pode avaliar a criatividade e a capacidade simbólica do paciente a partir das transformações feitas com os materiais.

Por razões de organização e manutenção da sala de atendimento, alguns psicólogos não utilizam tinta e argila em seus consultórios, especialmente nas primeiras sessões avaliativas e quando atendem crianças com distúrbios emocionais severos, como é o caso dos psicóticos. Para alguns avaliadores, a massa de modelar tem sido a melhor alternativa de material não estruturado para esses casos (Krug, 2014).

Identificam-se divergências entre profissionais quanto à inclusão de determinados materiais estruturados. Isso é observado no que diz respeito ao uso de armas de brinquedo, jogos, computadores e materiais eletrônicos. Profissionais referem utilizar armas de brinquedo em suas salas por serem objetos que facilitam a expressão da agressividade e do sadismo. Relatam, contudo, a dificuldade para encontrar esse tipo de brinquedo, já que é considerado "politicamente incorreto". No entanto, outros fazem críticas ao uso desse material, argumentando que a criança pode expressar sua agressividade com outros objetos (Krug, 2014).

Quanto à inclusão de jogos estruturados na avaliação, alguns psicólogos afirmam que o uso desses materiais é desaconselhável, assim como entendiam Melanie Klein e Raquel Soifer (Affonso, 2011a, 2012d), sobretudo durante o processo de avaliação, visto que muitas crianças ficariam presas na tarefa proposta pelo jogo e teriam sua projeção e criatividade inibidas (Krug, 2014). Sigal (2009) vê como inadequada a inclusão de jogos, uma vez que impedem a criatividade, transformando facilmente a sessão em um espaço pedagógico e resistencial.

Da mesma forma, o jogo é entendido por muitos psicólogos como uma atividade defensiva, o que gera dificuldades para a escuta do sofrimento do paciente. Para Yanof (2005/2006), jogos podem ser usados pela criança para evitar a expressão de sentimentos conflitantes e inaceitáveis. Essa é a posição de Kramer e Byerly (1996, p. 135), que afirmam que ". . . cedo em nossa experiência analítica com crianças eliminamos jogos complicados e consumidores de tempo, uma vez que eles concediam uma oportunidade muito fácil para a resistência".

Entendemos, no entanto, que o uso de jogos estruturados pode ser útil para avaliar como os pacientes partilham objetos da sala com outras crianças em atendimento. Além disso, em relação às crianças latentes, a exposição aos brinquedos não estruturados pode gerar muita ansiedade e resistência à avaliação, sendo necessária a aceitação das formas defensivas do paciente, peculiares à sua etapa de desenvolvimento. Ampessan (2005) afirma evitar a utilização de jogos prontos, mas respeita a singularidade de cada paciente quando solicitado o uso desses materiais. Para Yanof (2005/2006), a criança no período de latência pode usar a brincadeira de maneira defensiva, e o profissional deve respeitar isso. O entrevistador, por exemplo, poderia assumir a voz de uma das peças do jogo de tabuleiro, criando uma história sobre como é estar perdendo ou ganhando ou sendo "pulado" por outra peça. Portanto, cabe ao avaliador escutar analiticamente o jogo, identificando as aberturas da repressão, as formas de simbolização e representação e os conflitos do paciente expressos por meio de um mediador lúdico mais estruturado.

Essa perspectiva é defendida por Blinder e colaboradores (2011, p. 129). Os autores afirmam que é possível analisar aspectos inconscientes por meio de jogos estruturados, e criticam aqueles profissionais que não compreendem essa forma de comunicação dos pacientes latentes:

> Pode ser que não se trate de um brincar resistencial, mas de um tipo de brincar que o paciente, criança, necessita brincar com seu analista. Muitos analistas de crianças

> se queixam dos aborrecidos e intermináveis jogos de regras dos pacientes em pleno período de latência. Frente ao não saber o que fazer com esse jogo que a criança quer jogar parece mais fácil torná-lo como um jogo resistencial e inclusive – como muitos fazem – não deixar jogá-lo. . . . É muito interessante observar, quando acontecer estas situações, como cada criança mostrará mediante sua maneira de jogar, de posicionar-se diante do jogo, algo referido a seus fantasmas e conteúdos inconscientes.

Elementos cada vez mais presentes na vida das crianças, o uso de computadores e materiais eletrônicos como *smartphones* e *tablets* durante a avaliação vem sendo alvo de reflexões de muitos psicólogos. Alguns parecem lidar com naturalidade com a questão, compreendendo que esses materiais, assim como os classicamente utilizados, podem ser usados a serviço da comunicação, da simbolização e/ou da resistência. Portanto, costumam ofertar a possibilidade de se trabalhar com computadores, seus ou trazidos pelas próprias crianças, assim como com reprodutores de CD (Krug, 2014).

Mesmo os profissionais que não utilizam esses materiais ressaltam que o uso de computadores tende a ser mais frequente nos consultórios. O avanço tecnológico mostra-se cada vez mais veloz, sendo crescente o uso de *smartphones* e *tablets* por crianças. Esse fenômeno tem gerado a necessidade de discussão dessa via de comunicação nos processos de avaliação e psicoterapia. No entanto, a inclusão desses equipamentos no grupo de materiais utilizados na entrevista lúdica diagnóstica ainda carece de estudos e pesquisas sobre os procedimentos, os cuidados e as repercussões clínicas.

Em nossa experiência, a inclusão de *videogames*, *smartphones* e *tablets* tem sido feita sempre que o paciente os traz para a sessão. Entendemos que esses materiais podem revelar muitos aspectos da personalidade da criança.

Portanto, mesmo quando um jogo propõe uma estruturação, a criança pode dar contornos ao seu enredo a partir de sua vivência psíquica. Cabe ao psicólogo adaptar-se à linguagem da criança, e não o contrário. Gerações de profissionais se formaram trabalhando com mediadores como argila, fantoches, casinha de boneca e arminhas. A inclusão de equipamentos digitais que fazem parte do dia a dia da criança desafia essa tradição e exige atualização e adaptação dos psicólogos a esses novos mediadores. Como a regra fundamental da entrevista lúdica ainda é a associação livre, não parece razoável inibir qualquer manifestação autêntica do paciente simplesmente porque não sabemos trabalhar com ela. Entendemos que, independentemente de sua condição digital, o brinquedo eleito não é o mais importante, mas sim a brincadeira a ser realizada com ele. Essa leitura pode facilitar a inclusão e o uso desses equipamentos em processos avaliativos.

Por fim, cabe refletir quanto à substituição, ao acréscimo ou à retirada de materiais ao longo das entrevistas de avaliação. Assim como propõem Aberastury (1962/1986) e Affonso (2012d), entendemos que a substituição pode ocorrer sempre que algum material perecível se deteriora ou

VINHETA CLÍNICA / 8.2

Em sua terceira sessão, um paciente de 8 anos com queixa de agressividade na escola ingressou na sala trazendo seu *tablet* e começou a brincar com o jogo Mario Kart. Durante o jogo, o psicólogo pôde observar que o paciente se interessava mais em dar tiros e matar os demais concorrentes do que em ganhar a corrida. Quando indagado o porquê de seu personagem dar tantos tiros nos outros competidores, a criança revelou que, quando não conseguia ganhar, costumava matar todos a sua volta, assim ninguém ganharia também. Sua associação revelava, portanto, sua saída defensiva ante a impossibilidade de realizar um desejo. Ao trocar para um jogo de futebol, revelou o mesmo enredo: preocupava-se em dar carrinhos e fazer faltas nos jogadores, esquecendo-se de fazer gols. Nesse momento, disse que, se os outros jogadores ficassem com medo dele, não o atacariam, indicando, assim, seu medo em ser atacado e derrotado e sua defesa agressiva visando a proteção de seu ego ameaçado.

VINHETA CLÍNICA / 8.3

Em outra situação clínica, uma menina de 10 anos, cuja demanda de avaliação consistia em uma expressão sexual intensa recente (queria beijar na boca todos os meninos de sua sala de aula), trouxe para a consulta um *videogame* portátil em que jogava Pokemón. Mostrou para o profissional seus pokemóns mais bonitos e disse que gostava quando eles evoluíam e se tornavam "adultos", pois podiam se casar com outros pokemóns. Após, afirmou que seu pokemón menina já tinha se machucado, pois saíra sangue de seu joelho. Questionada sobre como a personagem se sentia com o machucado, disse que no início ficou assustada, mas que agora era uma "mulher pokemón" e, por isso, não podia chorar. Em entrevista com os pais, eles revelaram que a menarca da menina havia ocorrido dias antes da busca por atendimento. Na sessão, embora a proposta original do jogo não fosse ligada ao seu conflito, jogava no *videogame* a fim de formar casais com os pokemóns.

termina. Além disso, alguns psicólogos acrescentam materiais ao longo das entrevistas quando acham que podem auxiliar no processo de avaliação, tomando o cuidado de solicitar a permissão da criança quando o ato envolve sua caixa ou gaveta individual. A retirada de materiais geralmente é examinada caso a caso, levando em consideração a dinâmica do paciente e as repercussões para a avaliação (Krug, 2014).

Forma de apresentação dos materiais

Os materiais utilizados na entrevista lúdica diagnóstica podem ser apresentados aos pacientes de diferentes formas. As condutas técnicas vão desde oferecer apenas materiais individuais, dispostos em caixas ou gavetas pessoais, até usar somente materiais coletivos, arranjados em caixas, gavetas, estantes, baús ou mesas com brinquedos compartilhados entre todas as crianças.

Materiais de uso individual. Outro aspecto que varia bastante na prática de avaliação psicológica infantil diz respeito a quando usar a caixa ou gaveta de materiais individuais. Assim como sugerido na literatura (Affonso, 2012e; Aberastury, 1962/1986; Blinder et al., 2011), alguns psicólogos não utilizam esse recurso durante o processo avaliativo, somente quando a criança se encontra em psicoterapia. Outros, por sua vez, usam uma caixa ou gaveta individual sem nenhum brinquedo dentro, apenas como recipiente para guardar as produções da criança ou os brinquedos por ela trazidos (Krug, 2014).

Pode-se, como também sugere a literatura (Ampessan, 2005; Arzeno, 1995; Efron et al., 1979/2009; Kornblit, 1979/2009), usar uma caixa ou gaveta individual com brinquedos durante o processo de avaliação, acompanhada ou não do material coletivo. A caixa geralmente é feita de madeira ou papelão, em tamanhos variados, desde algo similar a uma caixa de sapato até o quádruplo desse tamanho (Krug, 2014).

Outros profissionais preferem desenvolver uma proposta de trabalho com gavetas individuais a partir de suas experiências clínicas. Essas propostas incluem gavetas forradas em fórmica, com chaves, identificadas por puxadores diferentes, e que podem ser retiradas do armário durante o atendimento sem expor o conteúdo das demais gavetas (Krug, 2014).

A caixa ou gaveta individual tem diferentes significados. Um deles é a representação do sigilo dos conteúdos trabalhados em sessão. Por meio dela, o psicólogo tem mais facilidade para explicar o que é sigilo às crianças pequenas, significado que, de outra forma, poderia não ser compreensível a elas. Além disso, esse é um espaço individual da criança dentro do consultório, algo de que ela pode se apropriar, e que serve como um continente de suas produções.

Outro significado da caixa ou gaveta individual é a construção de uma relação entre a criança e o psicólogo. Todas as produções colocadas na caixa são fruto de construções feitas a partir do inconsciente e do vínculo que se estabelece desde as primeiras sessões de avaliação. A caixa ou gaveta individual simboliza, ainda, o cuidado do psicólogo com o que é trazido e produzido pela criança (Krug, 2014).

Em sua proposta original, Melanie Klein afirmou que a caixa individual representaria o mundo interno da criança. Essa autora é

frequentemente lembrada por profissionais que utilizam essa técnica na avaliação infantil. Suas ideias são seguidas por muitos psicólogos, que entendem que o material ali presente é uma espécie de projeção dos aspectos inconscientes do paciente. A maneira como ele lida com seus materiais indicaria como se constitui seu mundo interno.

Por sua vez, alguns psicólogos criticam a concepção de que a representação do mundo interno da criança seja o significado principal da caixa. Nesses casos, a caixa também é vista como um material especial, mas em uma perspectiva mais intersubjetivista. Trata-se de um recurso que fomenta a sensação de identificação com algo dentro da sala, um objeto exclusivo daquela criança, que passa a usá-lo não apenas como tela de projeção para seu mundo interno, mas também para comunicar e elaborar seus conflitos (Krug, 2014).

O uso do recurso da caixa ou gaveta individual em processos avaliativos é útil, também, para guardar os materiais produzidos pelas crianças e possibilitar a continuidade das brincadeiras entre as sessões. Além disso, sua utilidade se relaciona à possibilidade de se avaliar a constância objetal e a organização da criança.

Assim como as características físicas da caixa ou gaveta individual e o significado atribuído a elas, os procedimentos de uso também variam bastante (Krug, 2014). O primeiro aspecto identificado diz respeito à apresentação do material. Alguns profissionais que usam a caixa ou gaveta individual incluem esse material desde o início da avaliação. Outros o apresentam logo que a criança entra na sala, como indica a literatura (Affonso, 2011a). Já outros fazem menção ao material e explicam sua utilização apenas quando a criança se aproxima do objeto ou questiona algo sobre ele, ou, ainda, no fim da primeira sessão nos casos em que os pacientes não referem o material em momento algum.

Outro procedimento técnico adotado pode ser deixar a caixa ou gaveta individual aberta na primeira sessão, estimulando a criança, assim, a olhar o que tem dentro dela. Após isso, a caixa é sempre mantida fechada e só é aberta na presença do paciente.

A personalização da caixa ou gaveta é comumente usada pelas crianças já durante o período de avaliação, embora alguns psicólogos só permitam isso no início da psicoterapia. A criança pode particularizar o recipiente individual, colocando seu nome e o do psicólogo, decorando-o de diferentes formas ou diferenciando-o com um determinado puxador personalizado. Geralmente se permite que ela faça o que desejar com sua caixa ou gaveta e com os brinquedos nela colocados. Além disso, a personalização pode ser feita por meio da inclusão de objetos trazidos de casa pela criança, algo aceito e recomendado pela literatura (Arzeno, 1995).

Os psicólogos valorizam, também, o fato de a caixa ou gaveta individual ser fechada de alguma forma. Essa prática tem relação direta com o trabalho de sigilo e confiança da dupla. Para isso, usam-se barbantes ou, mais frequentemente, chaves, que ficam com o profissional.

Materiais de uso coletivo. A forma mais frequente de apresentar os materiais utilizados na entrevista lúdica diagnóstica é dispondo os recursos coletivos em móveis, recipientes ou superfícies do consultório, como caixas, gavetas, estantes, armários, baús e mesas. Como visto, esses materiais coletivos são, muitas vezes, usados em conjunto com recursos individuais (Ampessan, 2005; Krug, 2014; Reghelin, 2008).

Embora utilize, durante o período de avaliação, um *box* de brinquedos coletivos disposto em um armário, Affonso (2012d) questiona-se sobre até que ponto, ao disponibilizar materiais coletivos, o psicólogo não está introduzindo variáveis que podem comprometer sua relação com a criança. A autora entende que a avaliação não é um tipo de atendimento coletivo, o que sugeriria tratar os materiais da mesma forma, ou seja, individualmente. "Quando não consideramos a individualidade dos materiais, podemos estar invadindo a privacidade da criança, expondo seus conflitos" (Affonso, 2012d, p. 71).

No entanto, o uso de materiais coletivos permite ao profissional avaliar questões como ciúmes, inveja, capacidade de reparação, entre outros. Isso porque as crianças sabem que estão compartilhando os materiais com outros pacientes. Além disso, a utilização de caixas de brinquedos coletivas tem sido uma solução para profissionais com poucas crianças em processos simultâneos de avaliação. Em contextos como os de hospitais públicos, devido à menor disponibilidade de materiais individuais para cada criança, tem-se orientado os alunos de psicologia a usar uma caixa previamente montada para processos de avaliação com todas as crianças que consultam o serviço (Krug, 2014).

As regras de uso dos materiais coletivos diferem daquelas de uso do material individual. Enquanto os brinquedos da caixa individual podem ser usados da maneira que a criança desejar, os materiais coletivos precisam ser mais preservados.

Quanto aos demais procedimentos adotados com os materiais coletivos, é comum aos psicólogos deixar os armários, as estantes e as caixas abertas já na primeira sessão, buscando facilitar a aproximação da criança a eles. Em relação à organização, ressalta-se a importância de os brinquedos estarem visíveis à altura da criança.

Materiais utilizados

Diversos itens são utilizados por psicólogos na realização de entrevistas avaliativas. A grande maioria dos materiais é descrita na literatura (Affonso, 2012d; Arzeno, 1995; Efron et al., 1979/2009; Kornblit, 1979/2009; Werlang, 2000), podendo ser dividida em duas categorias: "materiais estruturados" e "materiais não estruturados".

Materiais estruturados

Entre os materiais estruturados mais comuns em consultórios, pode-se citar a família de bonecos, ou família terapêutica. Esse recurso pode ser usado em diferentes contextos de atendimento, variando de acordo com os objetivos da avaliação e com a população-alvo. Também são usados bonecos de diferentes formatos e tamanhos, como super-heróis, bonecos de pano, bebês, Barbie, soldadinhos, Playmobil, Lego, entre outros. Sua utilização associa-se à criação de histórias e à manifestação de sentimentos personificados nos bonecos (Krug, 2014). Para facilitar a personificação, recomendamos a inclusão de personagens infantis da atualidade, ou seja, presentes em filmes e desenhos vistos pelas crianças. Isso exige uma constante atualização do profissional quanto aos personagens e às histórias em cartaz nos cinemas e quanto aos canais infantis, visando aguçar a escuta para possíveis identificações operadas pelas crianças.

Embora polêmica, a inclusão de jogos de regras é bastante comum nos consultórios. Entre os mais utilizados, pode-se citar: Jogo da Vida, damas, dominó e baralho de cartas. Esses jogos permitem conversar sobre diferentes situações da vida da criança ou avaliar como ela lida com regras, normas coletivas, agressividade e competição, por exemplo. Além desses, também são usados jogos como: jogo da velha, xadrez, jogo do mico, Can-can, Combate, Imagem e Ação, Scotland Yard, bolita de gude, cinco Marias, quebra-cabeça e roleta. Esses jogos oferecem situações simbólicas e eventos de bônus e punições em suas regras, o que permite a avaliação de aspectos psíquicos como a tolerância à frustração.

O uso da casinha de bonecas também é muito comum em consultórios. O mesmo ocorre com os carrinhos e veículos de transporte e carga, em seus variados tamanhos e contextos, como caminhões de mudança, caminhões-guincho, tratores, carrinhos de corrida, trens, ambulâncias, entre outros.

Outro material estruturado utilizado são os animais de brinquedo. Assim como sugere a literatura (Affonso, 2012e; Efron et al., 1979/2009), os psicólogos têm oferecido aos seus pacientes animais domésticos e selvagens, além dos dinossauros. Essa opção justifica-se por facilitar a expressão da agressividade da criança. O mesmo ocorre em relação a armas, pistolas, facas e espadas de brinquedo (Krug, 2014).

Por fim, utilizam-se também materiais como utensílios domésticos de cozinha, bolas, livros de histórias e contos de fadas, assim como fantoches, marionetes e dedoches. Menos frequentemente, são incluídos materiais como: mamadeira, bico, mola, *kit* de compras de supermercado, escovas de cabelo, computador, ferramentas, mobílias, material médico (estetoscópio, injeção, etc.) e telefone (Krug, 2014).

Materiais não estruturados

Um instrumento de avaliação muito utilizado por psicólogos é o material gráfico. Incluem-se nessa categoria folhas, lápis, canetinhas, giz de cera, borracha, apontador e quadros para desenho. Segundo Mello (2007), Klein sustentava a ideia de que disponibilizar no *setting* uma quantidade considerável de materiais ilustrativos e plásticos, como lápis de cor, giz, tinta, massinha e argila, seria de grande ajuda para o atendimento de crianças. Para Aberastury (1962/1986, p. 99),

> ... papel, lápis e lápis de cor são os materiais com os quais preferencialmente se comunica uma criança de seis a doze anos, devendo, portanto, estar sempre à sua disposição para tal fim; o mesmo acontece com a massa de modelar.

A massa de modelar também é muito utilizada, sendo sua adoção uma espécie de alternativa

à argila, menos comum atualmente. Com esses, os materiais de pintura (tinta, tempera e pincel), a água e a geleca, formam um grupo de materiais que remetem à textura, à sujeira e à limpeza. É comum os psicólogos os associarem à possibilidade de avaliar aspectos relacionados à fase anal do desenvolvimento psicossexual. O mesmo acontece com os brinquedos de encaixe e montagem, como torres, cubos e taquinhos de madeira, compreendidos como materiais propícios para a expressão do sadismo anal e do controle obsessivo (Krug, 2014).

Entre o grupo de itens utilizados nas entrevistas avaliativas, destacam-se, também, os materiais para recorte e colagem, como cola, fita adesiva, tesoura e revistas. Além desses, pode-se usar corda, cordão e barbante, somados à sucata. A plasticidade desses materiais é ressaltada pelos psicólogos que os usam, apontando que facilitam a avaliação da capacidade criativa e de simbolização da criança (Krug, 2014). Efron e colaboradores (1979/2009) afirmam, por exemplo, que o equilíbrio entre o princípio do prazer e o princípio da realidade pode ser visto na capacidade da criança de criar, utilizando os objetos de que dispõe, algo que é fruto de sua fantasia. Os materiais não estruturados seriam alternativas para a criação de elementos que não puderam ser disponibilizados pelo psicólogo e que a criança gostaria de ter para comunicar sua condição emocional. Outros materiais não estruturados utilizados com menos frequência são: panos, retalhos de tecidos, algodão, esponja, linha, isopor e recipientes para água.

Portanto, ressalta-se que a seleção dos materiais busca atender, principalmente, ao critério de viabilização de atividades lúdicas de diferentes configurações. A escolha desses materiais influenciará, também, os critérios de análise do brincar infantil apresentados em outro capítulo deste livro. Antes disso, serão discutidos os procedimentos de realização da entrevista lúdica diagnóstica, importantes para entender os indicadores de análise da atividade lúdica da criança.

Procedimentos de realização da entrevista lúdica diagnóstica

Antes de realizar a entrevista lúdica diagnóstica com a criança, é preciso refletir sobre a real necessidade desse procedimento. Isso porque só deve ser feita quando se constata, nas primeiras entrevistas com os responsáveis, que a demanda de avaliação pode ser atendida pelo psicólogo, seja por sua disponibilidade de tempo, seja por seu conhecimento acerca da demanda. Além disso, em certas ocasiões, constata-se nos encontros preliminares que o conflito vivido pela família não envolve diretamente a criança, mas sim os pais.

VINHETA CLÍNICA / 8.4

Vinícius, 9 anos, foi levado por seus pais à consulta pois vinha apresentando comportamentos de isolamento e tristeza há alguns meses. Os pais achavam que seus sintomas poderiam significar alguma reação à recente gravidez da mãe. Chegando ao consultório pela primeira vez, examinou todos os brinquedos sem muita excitação. Porém, ao encontrar os bonecos do filme *Toy Story*, manifestou muita empolgação, dizendo que gostava do filme. Enquanto brincava com o psicólogo de montar casas de Lego "com quartos para crianças e bebês", disse que deixaria os brinquedos do Toy Story no quarto dos bebês. Durante a brincadeira, o psicólogo lembrou que o enredo do filme de que o paciente gostava contava a história de um menino que crescia e deixava de brincar com seus brinquedos. Vinícius, então, perguntou ao psicólogo de que se brincava quando se crescia.

A percepção da identificação de Vinícius com o enredo do filme foi possível pelo conhecimento do psicólogo quanto à história dos personagens. O paciente mostrava-se em luto, e realizava um pedido de novas ligações e identificações com as quais pudesse ter prazer em uma nova etapa de sua vida, na qual assumiria um papel diferente do desempenhado até então.

Para encontrar a resposta à pergunta de Vinícius e, ao mesmo tempo, avaliar o prognóstico do caso, o psicólogo propôs outra pergunta: "De que você gostaria de brincar agora que está crescendo?". O paciente, então, deixou os Legos e os bonecos e se dirigiu aos jogos de tabuleiro.

VINHETA CLÍNICA / 8.5

Osmar, um menino de 6 anos, foi trazido à avaliação pois voltou a ter dificuldades para controlar seus esfíncteres após dois anos de controle satisfatório. Na primeira sessão, o menino escolheu brincar com a geleca. Sua brincadeira consistia em jogá-la na profissional e pedir a ela que a segurasse sem deixar cair no chão. Osmar ria muito com o esforço da psicóloga em tentar segurar o objeto escorregadio. Enquanto isso, xingava a psicóloga de "vaca" e "estúpida". Após a brincadeira, mostrava-se muito educado, como ocorria na escola e em sua casa, com os irmãos e os pais. Porém, quando estava empolgado com alguma brincadeira na sessão, seguia ofendendo a psicóloga.

Na terceira sessão, Osmar foi até a casinha de bonecas e cobriu a mãe da família de bonecos com a geleca. Perguntado quem havia feito isso, ele disse que "os filhos, pois a mãe é uma chata". Foi observada a presença de fortes impulsos agressivos dirigidos predominantemente à mãe, mas que não eram expressos no cotidiano a não ser pelo sintoma que, segundo a mãe, lhe causava muito constrangimento quando saíam de casa.

Nesses casos, pode-se contraindicar o contato com a criança, ampliando-se os encontros com os responsáveis ou, até mesmo, realizando uma indicação terapêutica a eles.

Assim, é comum receber as crianças no consultório apenas após conhecer um pouco sobre suas características, rotinas e vivências. Quanto a isso, ressalta-se a importância de o profissional não se contaminar em demasia com as informações previamente colhidas, o que também poderia prejudicar a escuta da entrevista lúdica.

Definida a necessidade de encontro com a criança para o seguimento do processo avaliativo, o profissional pode solicitar que os pais a levem ao seu consultório. A partir de então, o procedimento-padrão da entrevista é não ter uma conduta rígida. Isso porque cada entrevista é diferente da outra, o que impede a adoção imutável de técnicas de condução do encontro.

Embora não exista um padrão único de condução da entrevista lúdica, o modelo de avaliação psicodiagnóstica orientado psicanaliticamente se baseia em algumas premissas técnicas compartilhadas pela maioria dos profissionais (Krug, 2014). Ao conduzir a entrevista, o psicólogo deve trabalhar a fim de gerar um ambiente de acolhimento, mostrando-se disponível e interessado nos assuntos e brincadeiras trazidos pela criança, agindo com espontaneidade e abertura para o novo.

Acompanhar a brincadeira da criança e não apenas observar é uma conduta amplamente utilizada nas entrevistas lúdicas. O psicólogo precisa jogar com espontaneidade, mostrando-se disponível para a transferência e possibilitando a criação de uma aliança terapêutica. Toma-se o cuidado de buscar o contato visual sempre que possível, olhando os olhos da criança e se abaixando ao mesmo nível dela para brincar. A comunicação deve ser feita com linguagem acessível à criança, mostrando respeito à sua expressão afetiva.

Nossa experiência tem demonstrado que o procedimento de entrevista lúdica depende das características, da singularidade e da idade da criança, resultando em diversas configurações possíveis. As escolhas interventivas são feitas a partir da análise das narrativas, das associações e dos comportamentos do próprio paciente, e não devem ser estabelecidas *a priori* pelo profissional. A riqueza e a diversidade de formas possíveis de ocorrência da primeira entrevista com a criança possibilitam observar vários aspectos de sua vida psíquica. Assim, essa primeira entrevista geralmente serve como um norte para todo o processo avaliativo, sendo a análise iniciada a partir da entrada da criança na sala de atendimento.

Entrada na sala de atendimento

Geralmente, o primeiro contato do profissional com a criança ocorre na sala de espera. A avaliação já inicia com as primeiras observações que ele faz quando a convida a entrar na sala de atendimento. Avaliam-se as condições da criança de entrar sozinha e estimula-se que ela ingresse no *setting* sem os pais.

Nas ocasiões em que é constatada elevada ansiedade de separação ou comportamento

simbiótico com o acompanhante (mais comum em crianças pequenas) (Aberastury, 1962/1986), costuma-se buscar alternativas de aproximação na própria sala de espera. Não havendo resultado, permite-se que a pessoa que levou a criança à consulta também ingresse na sala. Porém, com o transcorrer da entrevista, solicita-se ao acompanhante que deixe o profissional a sós com o paciente.

Assim que a criança entra na sala de atendimento, acompanhada ou não, inicia-se o momento de apresentação e o contrato de trabalho.

Momento de apresentação e contrato de trabalho

Em geral, conforme sugerido na literatura (Affonso, 2012e; Ampessan, 2005; Efron et al., 2005), o momento de apresentação é realizado com o psicólogo dizendo seu nome, explicando o que é um psicólogo, o que a dupla fará naquela sala e por que a criança foi levada pelos pais até lá. A preocupação principal é fazer com que compreenda que o profissional está ali para conhecê-la e ajudá-la em suas dificuldades. Para isso, de acordo com Efron e colaboradores (1979/2009), o momento inicial de encontro entre o psicólogo e a criança é marcado pela condução de um *rapport* que deve incluir a definição de papéis, a limitação do tempo e do espaço, o material a ser utilizado e os objetivos esperados.

No entanto, os profissionais realizam esse procedimento de maneiras distintas. Enquanto alguns explicam à criança o porquê de ela ter sido levada pelos pais até a sessão, como recomendam alguns trabalhos (Affonso, 2011a, 2012d; Ampessan, 2005; Arzeno, 1995), outros criticam essa postura técnica e afirmam que apenas perguntam a ela o motivo da consulta e não informam o que os pais haviam dito. Um terceiro grupo, por sua vez, deixa a criança mais livre para expressar suas fantasias inconscientes por meio da brincadeira, sem introduzir as ideias trazidas pelos pais nas entrevistas anteriores ou perguntar a ela os motivos do atendimento (Krug, 2014). Isso porque, para esses psicólogos, o foco do trabalho são os materiais inconscientes e não a consciência, ou seja, o que a criança sabe, pensa ou diz seria da ordem da consciência, e qualquer pergunta formulada atrapalharia sua associação livre. De qualquer forma, entende-se ser útil descobrir o que o paciente acha que o levou à consulta (Kramer & Byerly, 1996).

Embora exista essa diferença na condução do *rapport*, a conduta de questionamento ao paciente é a mais comumente adotada. Nela são feitas perguntas à criança como, por exemplo, se sabe o que o psicólogo faz, sua idade, se sabe por que está indo à consulta e o que preocupava os pais. Ressalta-se, porém, a necessidade de evitar a fazer muitas perguntas à criança, já que o mais significativo na entrevista é o que aparecerá na atividade lúdica.

Ainda no estabelecimento do *rapport*, alguns psicólogos costumam orientar seus pacientes quanto ao número de encontros e ao tempo em que permanecerão juntos na sala. O convite feito à criança é sempre no sentido de trabalhar usando brinquedos e jogos para se conhecer e se fazer conhecer ao psicólogo. Pode-se, inclusive, orientá-la de que a dupla trabalhará a fim de que ela possa contar ao psicólogo, por meio de brincadeiras, o que acha importante que ele saiba para conhecê-la melhor e, assim, poder ajudá-la.

O papel do psicólogo pode ser descrito à criança como o de alguém que quer conhecer, descobrir e compreender o que a está deixando triste, irritada, incomodada ou confusa, por exemplo. Affonso (2011a) recomenda que o esclarecimento à criança quanto ao papel do psicólogo seja feito dessa forma. Deve-se tomar cuidado ao diferenciar o trabalho do psicólogo daquele feito por recreacionistas e professores, responsabilizando o paciente pela produção de sentidos para a brincadeira.

Assim como visto na literatura (Affonso, 2012d; Arzeno, 1995; Efron et al., 1979/2009), a apresentação da sala é mais uma etapa do processo de aproximação inicial do paciente à avaliação. Esse espaço é apresentado como o lugar em que o psicólogo trabalha. As condutas técnicas incluem mostrar, nomear e oferecer à criança brinquedos e materiais. Isso ocorre, sobretudo, em situações em que a criança está muito inibida ou, por questões desenvolvimentais, no período de latência. Também deve-se explicar o motivo do uso de brinquedos, descrevendo-os como úteis para conhecê-la e para contar como ela é e como se sente, que coisas a incomodam e de que coisas gosta. É reforçado o valor comunicativo dos brinquedos, assim como a ajuda que oferecem para o psicólogo e a criança pensarem juntos sobre o que está acontecendo com ela. Além disso, os profissionais que aplicam testes durante o processo avaliativo incluem no *rapport* a informação de que, em alguns encontros, a dupla brincará livremente, e, em outros, deverá realizar algumas tarefas e jogos.

A realização do contrato de trabalho com a criança é feita no início, durante ou no final da entrevista, dependendo dos primeiros movimentos do paciente. Assim, o psicólogo pode avaliar as condições da criança para compreender as combinações a serem feitas. Somente depois ele oferece cada um dos aspectos para discussão na medida em que ela se mostra disposta a refletir sobre eles.

Tudo o que é dito no *setting* não é repassado a mais ninguém, a não ser que seja alguma situação que o psicólogo acredite que deva ser repassada aos pais. Nesses casos, combina-se que a criança saberá dessa necessidade e conversará com o profissional antes que sejam reveladas as informações aos pais. Para trabalhar a questão do sigilo, são utilizados alguns elementos da sala, como a caixa individual, a chave para gavetas e a porta dupla. É nesse momento, portanto, que se explica o uso da caixa ou gaveta individual.

O contrato inclui o estabelecimento de alguns limites que proporcionarão o enquadre necessário para o trabalho avaliativo. A partir de uma perspectiva winnicottiana, Blinder e colaboradores (2011) entendem que um enquadre bem estruturado proporciona a possibilidade da análise da transferência, uma vez que ela costuma ocorrer antes sobre o enquadre do que sobre a pessoa do analista. Os autores lembram que as combinações não precisam ser as mesmas para todos os pacientes, mas é importante que se mantenham intactas para cada um em particular.

Alguns psicólogos expõem essas regras à criança desde os primeiros momentos da entrevista. Outros apenas mencionam as regras se necessário, tomando medidas que detenham o gozo desregrado do paciente, carente de simbolização (Krug, 2014; Lowenkron & Frankenthal, 2001). Arzeno (1995), baseada em ideias de Raquel Soifer, entende que não se deve deixar que a criança cause qualquer dano que ela própria não possa solucionar. Além disso, não seria recomendável aceitar papéis atribuídos pela criança ligados a sedução ou submissão masoquista, tampouco permitir que a transferência agressiva ou erótica seja atuada, pois isso perturbaria a situação analítica. Nesse sentido, a principal regra adotada por profissionais é a de que a criança não possa se machucar, tampouco machucar o psicólogo.

A definição de outros limites (em relação a condutas agressivas, ao uso de água, etc.) e de como eles são estabelecidos com a criança sofre variações de acordo com a estrutura física disponível na sala de atendimento e com a prática de cada profissional. Em relação às condutas agressivas, como sujar ou estragar, Arzeno (1995, p. 56) indica que:

> ... devemos deixar fazer até o ponto em que possamos nós mesmos consertar o objeto danificado. Por exemplo, podemos aceitar que suje uma parede de azulejos, mas não uma que não possamos lavar facilmente; podemos aceitar que rasgue papéis, giz, lápis, mas não a cadeira na qual logo após deverá sentar outra criança; podemos jogar bola, sempre que a criança aceitar não quebrar o abajur ou os vidros da janela com ela. Nem ela nem nós poderemos consertá-lo para continuar com o nosso trabalho. Esse é o critério para a aceitação ou não de uma proposta de trabalho feita por uma criança. Nesses casos é necessária uma colocação severa dos limites: a sua aceitação ou a sua recusa é também um elemento diagnóstico muito importante.

Os profissionais que têm salas com espaços delimitados para o atendimento da criança costumam incluir essa combinação no *rapport*. Essa delimitação é mais necessária quando se atende uma criança com maior desorganização psíquica, como pacientes psicóticos.

De forma geral, existe uma diferença de limites quanto ao uso dos materiais coletivos e individuais. Os materiais coletivos são aqueles com os quais a criança deve ter mais cuidados, enquanto os individuais podem ser usados da forma que ela quiser.

Outra combinação variável entre profissionais diz respeito a guardar os materiais no fim do encontro. Alguns solicitam que a criança deixe a sala como a encontrou (Krug, 2014), enquanto Arzeno (1995) sugere, por exemplo, que o material fique como está, facilitando sua análise em uma visualização posterior do ambiente da sala. Já para Affonso (2012d), é interessante que se solicite à criança que guarde os materiais segundo seus critérios.

É importante lembrar que o estabelecimento de regras e limites pode ser dado de forma mais direta, por meio de contenções físicas. Isso é feito apenas em situações de grande desorganização e agressividade do paciente, visando proteger o próprio paciente, o psicólogo e os objetos da sala.

As combinações, como descritas, podem ser feitas no início, durante ou no final do primeiro

encontro. Nesse tempo, os psicólogos costumam deixar os materiais individuais e coletivos expostos, à disposição e ao alcance da criança.

Durante todo o período de aproximação e apresentação entre psicólogo e paciente, aquele deve colocar-se à disposição da criança para brincar e para entender o que está acontecendo com ela, buscando refletir sobre como poderá ajudá-la em outro momento.

Brincar, desenhar e jogar livremente

Na adaptação da regra fundamental da psicanálise com adultos para a psicanálise com crianças, a associação livre ainda é o principal método de trabalho. Assim, tudo o que a criança realizar dentro do campo analítico será tomado como associação livre (Blinder et al., 2011). Em concordância com essas ideias, constatou-se, em pesquisa realizada por Krug (2014), que a principal técnica adotada para avaliar crianças em uma entrevista lúdica diagnóstica orientada psicanaliticamente é a associação livre. Em sua grande maioria, psicólogos optam por realizar uma entrevista livre e direcionada exclusivamente pela criança. Como lembram Kramer e Byerly (1996, p. 135),

> ... a menos que a criança seja extremamente perturbada, muito ansiosa ou excessivamente agressiva, é melhor que o analista não se intrometa durante as primeiras sessões, mas siga as orientações da criança... A posição do analista não deve ser de passividade, nem de superatividade, mas sim de manter o delicado equilíbrio entre atividade e passividade, o qual permite à criança dirigir e conduzir a análise.

Dessa forma, a conduta técnica correta é deixar a criança escolher e brincar livremente, sem interromper a brincadeira ou induzir alguma situação lúdica. Evita-se solicitar algo a ela para não direcionar a sessão, acompanhando suas escolhas e observando atentamente.

O psicólogo deve mostrar-se disponível à brincadeira, deixando a criança utilizá-lo como quiser. A atenção flutuante se converte em uma concentração permanente, sobretudo quando o paciente requer que o entrevistador participe do jogo, assumindo papéis nas brincadeiras. Nesses momentos, o avaliador deve ser, como diz Winnicott, observador e jogador, mantendo-se suficientemente afastado para poder entrar no jogo e estar fora dele ao mesmo tempo (Blinder et al., 2011). Efron e colaboradores (1979/2009) chamam isso de duplo papel: passivo, já que o entrevistador observa a brincadeira, e ativo na medida em que sua atitude atenta e aberta (atenção flutuante) permite-lhe compreender e formular hipóteses sobre a problemática da criança.

Assim, assume-se o papel de determinados personagens criados pela criança, dando vida a eles por meio de vozes e comportamentos. Para tanto, pode-se perguntar sobre os personagens e sobre a história por ela criada, tentando adequar as intervenções feitas ao enredo que propôs. Affonso (2011a) relaciona essa técnica aos cuidados interventivos sugeridos nas técnicas expressivas projetivas, com questionamentos do tipo "conte-me algo sobre o que está fazendo", "o que vai acontecer depois" e "como termina a história", por exemplo. Diante do brincar, da fala e do desenho da criança, o analista pode responder brincando, possibilitando a transferência. Porém, é importante considerar que essa é uma forma diferente de brincar, em que o entrevistador pode parecer um companheiro de jogos, mas sabendo que não é uma outra criança que brinca (Blinder et al., 2011).

Se a criança não convida o psicólogo para brincar, preferindo ficar sozinha com sua produção lúdica, ele deve observar atentamente a brincadeira e, se adequado para o momento, oferecer-se para contribuir com a atividade e conversar sobre o que ela quiser. Mesmo nessas situações, o psicólogo deve manter-se neutro em relação à proposta da brincadeira e ao tema do diálogo, apenas acompanhando a criança em suas criações. Lowenkron e Frankenthal (2001) entendem que o papel do entrevistador é transformar o impulso da criança em jogo. Como exemplo, citam um caso clínico em que uma criança derruba cavalinhos de brinquedo e o analista responde: "Upa! Caíram todos!". Essa intervenção provoca a situação lúdica, deixando para trás o simples comportamento hostil sem simbolização.

Há, também, situações em que a criança não brinca, joga ou desenha espontaneamente. Para Yanof (2005/2006, p. 277), nessas circunstâncias é preciso ajudá-la a entrar no processo lúdico, fazendo perguntas sobre a história para que aprenda quais são os ingredientes de uma narrativa.

> O analista pode ele mesmo sugerir uma estrutura, dizendo: "Vamos escrever uma história sobre o que aconteceu na sala de espera. Vou fazer um desenho. O que você quer estar

> fazendo?". Ou o analista pode fazer um *show* de marionetes para a criança, escolhendo um tema que sabe que será atraente e colocando-o de maneira deslocada... O analista pode dar o exemplo de ser livre ao utilizar o faz-de-conta.

Nessas circunstâncias, o profissional pode ter uma postura mais ativa e estimular a criança a brincar quando está muito inibida. Para tal, pode convidá-la a explorar os materiais ou oferecer-lhe opções de atividades disponíveis no consultório. Também é possível iniciar um desenho, propor um jogo ou solicitar algo ao paciente. Ampessan (2005), por exemplo, costuma pedir um desenho livre e outro da família caso a criança não fale ou brinque. Ressaltamos que essas escolhas devem estar contextualizadas em relação à vida da criança ou ao que está acontecendo naquele momento da sessão.

A proposição do Jogo do Rabisco, de Winnicott, é frequentemente lembrada como alternativa para vencer resistências iniciais e criar um ambiente vincular (Krug, 2014). Para isso, é importante conhecer a proposta winnicottiana a fim de usá-la naturalmente, como uma brincadeira, mas nunca como um teste ou algo preestabelecido. A proposta é usada quando outras formas de acessar o paciente não se mostraram satisfatórias. Por exemplo, com crianças inibidas, abusadas ou muito assustadas, o brincar espontâneo geralmente não surge logo no início da sessão, sendo necessário lançar mão de alternativas como o Jogo do Rabisco.

Embora a associação livre seja o principal método de condução da entrevista lúdica, pode-se também fazer intervenções diretivas em alguns momentos das sessões de avaliação. Essas intervenções ocorrem no sentido de propor conflitos na brincadeira da criança (ganhar ou perder de propósito no jogo, criar histórias, propor desenhos e jogos, etc.), a fim de avaliar como o paciente lida com a situação e, assim, testar alguma hipótese diagnóstica. Segundo Lowenkron e Frankenthal (2001, p. 37), as informações sobre o funcionamento psíquico nem sempre surgem com espontaneidade na entrevista, sendo necessário que os dados sejam buscados e construídos em parceria. Isso representa dizer que "não há lugar na clínica para a passividade do analista". É o que acontece com pacientes atravessando o período de latência, que exigem, às vezes, uma técnica mais ativa. Desse modo, ao perceberem o uso intenso de defesas, alguns profissionais costumam, como também descrito na literatura (Ampessan, 2005), propor uma atividade para observar aspectos que, de outra forma, seriam difíceis de avaliar.

A proposição de ações ou atividades, por parte do avaliador, durante a entrevista lúdica pode ser vista como algo ilegítimo no campo da psicanálise. No entanto, esses atos também podem ser considerados psicanalíticos se compreendermos, como afirmam Lowenkron e Frankenthal (2001), que o campo da psicanálise se instaura em cada situação clínica e que a neutralidade analítica não é o mesmo que a passividade ou o silêncio do profissional.

Sobre a postura silenciosa do entrevistador, Ferro (2007/2011, p. 101) lembra que ". . . para ouvir os barulhos e para ver o filme, é necessário atenuar sons e luzes, mas as luzinhas que permitem sempre saber que estamos no cinema, ou

VINHETA CLÍNICA / 8.6

Michel, 4 anos, realizou avaliação psicológica concomitante ao tratamento de um câncer raro, diagnosticado quando tinha 3 anos. O objetivo era avaliar a consciência da patologia e a forma com que estava enfrentando psicologicamente sua difícil situação clínica.

Na segunda sessão, pegou bonecos de silicone com formato de monstrinhos e disse ao psicólogo que eram bactérias que atacariam os bonecos de massinha de modelar. O psicólogo, então, disse que os bonecos estavam com muito medo das bactérias e que não sabiam se iriam sobreviver ao ataque. Michel falou que as bactérias eram muito fortes, e só um escudo protetor como o do Capitão América poderia salvá-los. O profissional exclamou: "Que boa ideia! E será que conseguiremos esse escudo?", tendo como resposta do paciente "O tempo dirá. Mas podemos procurar!".

no teatro, deveriam ser mantidas". Um exemplo disso é a situação de crianças psicóticas ou muito regressivas, que têm dificuldade para se organizar com um método muito desestruturado. Com esses pacientes, pode-se assumir um papel mais ativo, mesclando a proposição de atividades com uma postura não diretiva que delimita o espaço e ajuda a organizar a experiência de encontro com a criança.

Sobre as intervenções durante a entrevista

Durante a entrevista com a criança, o psicólogo pode utilizar diversos tipos de intervenções, como clarificações, assinalamentos e, inclusive, interpretações. Aberastury (1962/1986) e Efron e colaboradores (1979/2009) discordam quanto a esse tema. A primeira autora entende que o profissional deva assumir, já nas primeiras consultas, uma postura terapêutica, enquanto as segundas recomendam que as intervenções devem apenas limitar-se a explicações de aspectos manifestos e não latentes. Affonso (2011a, 2012d), baseada nas ideias de Bleger sobre entrevistas diagnósticas, entende que, embora a recomendação seja de que se evitem interpretações, elas poderão ser utilizadas dependendo da experiência profissional no manejo da técnica.

A concepção de interpretação está atrelada tanto à noção clássica de revelação do sentido oculto latente à brincadeira quanto à noção intersubjetiva. Assim, a interpretação engloba tanto as intervenções psicanalíticas que almejam fazer a criança compreender o significado inconsciente de seus atos (Roudinesco & Plon, 1997/1998) quanto o uso dos personagens criados no próprio campo para permitir a digestão dos conteúdos não elaborados (Ferro, 2007/2011). Desse modo, a interpretação pode ser usada como forma de elucidar o sentido da brincadeira para a criança, ou como resultado de uma construção conjunta que, a partir dos questionamentos do psicólogo, forma o campo analítico. Nesta última, a decodificação do significado cede lugar à construção de um sentido como resultado da elaboração feita por duas mentes (Ferro, 1995).

A estratégia interpretativa mais comumente usada é a chamada "interpretação lúdica" (Krug, 2014), como sugerido por Arzeno (1995) a partir das ideias de Rodrigué. Nela, o psicólogo interpreta a criança por meio dos brinquedos, dando voz aos personagens. Pode-se, inclusive, relacionar os sentimentos dos personagens àqueles vividos pela criança. A linguagem utilizada deve ser lúdica e descomplicada, com intervenções curtas e pouco complexas, facilitando sua compreensão. Também são feitas interpretações relacionadas à experiência de contato com o avaliador.

As interpretações feitas estão direcionadas à construção de um vínculo e de uma aliança de trabalho em situações agressivas ou persecutórias. Além disso, tais intervenções permitem que a criança entenda que a brincadeira no *setting* tem um sentido comunicacional. É o que sugerem Castro e colaboradores (2009, p. 100) ao afirmar que o profissional, no processo de avaliação psicológica, "... ao comentar sobre os pensamentos da criança acerca dos motivos de seu encaminhamento já na primeira sessão, assinalando seus medos, expectativas e fantasias sobre o que acontecerá no decorrer da avaliação, estará facilitando a aliança terapêutica".

Interpretar adequadamente a criança faz ela se sentir compreendida, o que pode resultar em maior motivação para o processo avaliativo. Logo, uma intervenção elucidativa ajuda o paciente a desenvolver um entendimento do que está ocorrendo consigo, diminuindo a necessidade de manutenção do sintoma. O foco não é apontar o conflito inconsciente de forma direta, mas espelhar o que está acontecendo e fornecer um possível entendimento. Nesse sentido, Lowenkron e Frankenthal (2001) lembram que o analista deve nomear e estabelecer ligações entre os estados afetivos do paciente, inscrevendo-os em um registro diferente da pura descarga sintomática. Para isso, o profissional traduz em palavras os sentimentos atuados e busca ligá-los a fatos ou a outros sentimentos geradores da angústia. Ferro (2007/2011, p. 65) entende, baseado em Bion, que essa tradução deve assentar-se naquilo que, de alguma forma, já pode ser percebido pelo entrevistador e pelo paciente. Para ser eficaz, a interpretação deve ser o desfecho de um processo digestivo anterior. Assim, o autor metaforiza que "... para tirar o coelho da cartola é necessário poder ver, pelo menos, as orelhas" (Ferro, 2007/2011, p. 65). Nesse processo, nem tudo o que o analista diz é interpretação. Para chegar a uma interpretação, são necessárias intervenções apreciativas preparatórias realizadas por meio de construções de apoio a partir de intervenções, comentários e esclarecimentos, fornecendo elementos que tornem a interpretação posterior mais clara e compreensível (Baranger, 1992; Marchevsky, 2001).

Nesse sentido, costuma-se fazer interpretações transferenciais quando há maior clareza do

caso atendido e quando a criança tem condições de compreender o que lhe é dito. Além disso, os cuidados incluem o não uso de interpretações prontas ou que aumentem o risco de comprometer a associação livre do paciente. Para Ferro (2007/2011) e Marchevsky (2001), a interpretação não precisa estar em consonância com a verdade do analista, mas com a capacidade do paciente de entendê-la. Portanto, prioriza-se a interpretação lúdica, por meio do brinquedo.

Outra estratégia adotada para se conhecer a repercussão das interpretações é o monitoramento das respostas do paciente às intervenções do psicólogo. Isso auxilia o profissional no estabelecimento de um entendimento dinâmico a partir dos fenômenos do campo analítico, que incluem as respostas dos pacientes às interpretações do analista (Ferro, 2007/2011).

Esse aspecto que permite dar um significado retroativo à interpretação é chamado por Faimberg (1996) de "escuta da escuta". Assim, é função do psicólogo estar atento às respostas do paciente, que indicarão como ele reinterpretou a interpretação feita pelo profissional: "... ao escutar como o paciente escutou a interpretação, o analista pode, retroativamente, assinalar um novo sentido ao que foi dito, além do que pensou ter verbalizado" (Faimberg, 1996, p. 108). Essa reflexão auxilia, ainda, na identificação do papel que o analista desempenha na transferência do paciente.

Finalização do processo avaliativo

Após a coleta de todas as informações ao longo do processo de avaliação psicológica da criança, seja com o uso de testes ou não, costuma-se agendar entrevistas devolutivas com os pais e com a criança. Cada uma das entrevistas tem características próprias de condução, as quais são discutidas no capítulo sobre entrevista devolutiva.

VINHETA CLÍNICA / 8.7

Fernanda, 5 anos, era uma menina tímida e retraída. Falava pouco, mas entendia perfeitamente tudo o que lhe diziam. Foi levada à psicóloga, pois seus pais estavam preocupados com sua timidez excessiva. Na primeira entrevista lúdica, nem sequer olhou para a psicóloga, apenas balançou a cabeça quando questionada. Seu olhar voltava-se para o chão e, de vez em quando, observava a estante de brinquedos. Na terceira entrevista, a psicóloga, percebendo o comportamento retraído da menina, ofereceu-se mais uma vez para ir com ela até a estante de brinquedos para que escolhesse algo para fazerem juntas. Dessa vez, Fernanda escolheu uma gatinha de pelúcia e deu-lhe o nome de "Soneca". A profissional disse que achou Soneca muito bonita e quietinha, e perguntou: "O que será que está se passando na cabeça da gatinha?". Fernanda respondeu: "Muitas coisas, mas é que ela é tímida". A psicóloga, então, falou: "A Soneca deve querer falar sobre tudo que se passa na sua cabecinha, mas não está conseguindo. Por que será que está com tanto sono?".

Em resposta à intervenção, Fernanda largou a gatinha de pelúcia e pediu para desenhar. Em uma folha desenhou um risco indicativo de linha de solo e observou durante alguns instantes. A psicóloga disse, então, que era difícil a gatinha falar, mas que desenhando poderia ser mais fácil: "O que será que a gatinha quer desenhar para nós? Você a ajuda?". Mostrando grande esforço, a menina fez duas casas de gato, as uniu com um traço e disse: "Ela tem duas casas, mas só dorme em uma".

Os pais de Fernanda haviam se separado há três anos e seguiam em uma disputa judicial por questões relativas à pensão. Aparentemente, haviam se ocupado durante esses anos com suas necessidades em relação à separação e não haviam atentado para a experiência da filha em relação à nova rotina familiar e aos sentimentos associados a ela. Na entrevista devolutiva, os pais conseguiram lembrar que, aos 2 anos, sua filha falava mais do que na atualidade. Na entrevista devolutiva de Fernanda, após ser informada que iniciaria um acompanhamento terapêutico com a psicóloga, ela reagiu fazendo um desenho de um gato com a língua para fora, o que foi interpretado pela psicóloga como o seu desejo de poder falar sobre o que pensava e sentia. Ela e a profissional passaram o resto da sessão brincando de fazer sons engraçados com suas línguas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na realização da entrevista lúdica diagnóstica, buscam-se as melhores condições para a criança ser avaliada. Com o passar do tempo, cada profissional constrói um estilo próprio de trabalhar, uma maneira de ser, personalizada e única, que orienta suas estratégias de trabalho (Stürmer & Castro, 2009). Porém, mesmo que haja espaço para o desenvolvimento de um estilo pessoal do profissional, as regras técnicas tendem a ter uma orientação comum com base na teoria psicológica que fundamenta o fazer do psicólogo. Sabe-se que a trajetória de formação (incluindo supervisões e análise pessoal), a experiência clínica e as características pessoais do psicólogo influenciam diretamente sua prática avaliativa, sendo responsáveis por compor um conjunto de elementos diagnósticos variável, mas que se inter-relacionam a partir do encontro com invariantes teóricas e técnicas, como, no caso da psicanálise, a noção de inconsciente, conflito e defesa, associação livre e atenção flutuante.

Cabe ressaltar que as derivações subjetivas em relação à técnica têm um limite. Como lembra Ferro (2011), ele se ancora na ética do analista, na análise pessoal e no preparo do profissional. Soma-se a isso a responsabilidade do psicólogo quanto ao fato de que ". . . os acontecimentos narrados sejam aqueles que urgem para serem alfabetizados por parte da dupla analítica e não outros (como a confirmação das teorias do analista ou a evitação de uma possível dor mental)" (Ferro, 2011, p. 67).

No que diz respeito aos procedimentos de realização das entrevistas com os responsáveis e demais fontes de informação, as recomendações contidas na literatura assemelham-se muito com o praticado na atualidade (Krug, 2014). Embora bastante variáveis, os procedimentos descritos são, em sua maioria, sugeridos em diversos trabalhos da área da avaliação psicológica e da psicanálise.

Em relação ao *setting*, pode-se perceber que a estrutura e os materiais recomendados neste capítulo não divergem muito do que já está descrito na literatura da área, embora isso não represente unanimidades nos processos de escolha dos instrumentos de trabalho por parte dos psicólogos. Há divergências em relação ao uso de alguns materiais, principalmente aqueles mais estruturados, bem como dúvidas sobre a inclusão de materiais eletrônicos, cada vez mais presentes na vida das crianças. Assim, alerta-se para o fato de que o desenvolvimento tecnológico já está propondo questionamentos aos psicólogos quanto ao uso de computadores, *smartphones*, *tablets* e jogos eletrônicos nos consultórios, embora ainda não haja relatos de repercussão significativa desses materiais nos processos avaliativos (Krug, 2014). Espera-se que esse tema seja alvo de futuras pesquisas, pois podemos nos questionar se o desenvolvimento tecnológico, com a inclusão de alternativas como hologramas, por exemplo, não modificará, nas próximas décadas, as salas de atendimento e os materiais usados. Imagina-se que os mediadores lúdicos sofrerão maior influência da tecnologia em constante desenvolvimento, exigindo, também, aprimoramento teórico e técnico para contemplar tais mudanças.

Para concluir, ressalta-se o fato de que é justamente a inexistência de um modelo único de condução da entrevista lúdica diagnóstica que enriquece esse procedimento avaliativo, tornando-o maleável às necessidades do profissional, configurando-se, assim, na melhor estratégia de reflexão sobre o sentido das experiências da infância.

REFERÊNCIAS

Aberastury, A. (1986). *Psicanálise da criança: Teoria e técnica*. Porto Alegre: Artmed. Originalmente publicado em 1962.

Aberastury, A. (1996). *Abordagens à psicanálise de crianças*. Porto Alegre: Artmed. Originalmente publicado em 1971.

Affonso, R. M. L. (2005). A importância da epistemologia no ensino da avaliação psicológica no processo psicodiagnóstico. *Avaliação Psicológica*, *4*(2), 183-193.

Affonso, R. M. L. (2011a). *Ludodiagnóstico: Análise cognitiva das representações infantis*. São Paulo: Vetor.

Affonso, R. M. L. (2011b). A técnica projetiva ludodiagnóstica: Avaliação cognitiva. In S. F. S. Cavalini, & C. Bastidas (Eds.), *Clínica psicodinâmica: Olhares contemporâneos*. São Paulo: Vetor.

Affonso, R. M. L. (2012a). Brincar, significação e representação. In R. M. L. Affonso (Org.), *Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo*. Porto Alegre: Artmed.

Affonso, R. M. L. (2012c). Breve história da técnica. In R. M. L. Affonso (Org.), *Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo*. Porto Alegre: Artmed.

Affonso, R. M. L. (2012d). O procedimento ludodiagnóstico. In R. M. L. Affonso (Org.), *Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo*. Porto Alegre: Artmed.

Affonso, R. M. L. (Org.). (2012b). *Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo*. Porto Alegre: Artmed.

Ampessan, A. (2005). A singularidade da psicanálise infantil. In M. M. K. Macedo, & L. K. Carrasco (Orgs.), *(Con)textos de entrevista: Olhares diversos sobre a interação humana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Araújo, M. F. (2007). Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia: Teoria e Prática*, *9*(2), 126-141.

Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições*. Porto Alegre: Artmed.

Baranger, W. (1992). A mente do analista: Da escuta à interpretação. *Revista Brasileira de Psicanálise, 26*(4), 573-586.

Bassols, A. M. S., Costa, F. M. C., Zavaschi, M. L. S., & Mardini, V. (2009). O brincar na psicoterapia de orientação psicanalítica e alguns dos seus fundamentos teóricos básicos. *Revista Brasileira de Psicoterapia, 11*(2), 182-195.

Blinder, C., Knobel, J., & Siquier, M. L. (2011). *Clínica psicanalítica com crianças*. Aparecida: Ideias & Letras.

Castro, E. K. de, Campezatto, P. V. M., & Saraiva, L. A. (2009). As etapas da psicoterapia com crianças. In: M. G. K. Castro, & A. Stürmer (Eds.), *Crianças e adolescentes em psicoterapia: A abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.

Colombo, R. I., & Agosta, C. B. (2005). *Abuso y maltrato infantil: Hora de juego diagnóstica*. Vicente Lopez: Cauquen.

Costa, T. (2010). *Psicanálise com crianças* (3. ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Cunha, J. A. (Ed.). (2000). *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Efron, A. M., Fainberg, E., Kleiner, Y., Sigal, A. M., & Woscoboinik, P. (2009). A hora do jogo diagnóstica. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, & E. G. Piccolo (Eds.), *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes. Originalmente publicado em 1979.

Esquivel, F., Heredia, C., & Lucio, E. (1994). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.

Faimberg, H. (1996). A escuta da escuta. *Livro anual de psicanálise: A escuta, a transferência e o brincar, 12*(1), 107-116.

Ferro, A. (1995). *A técnica na psicanálise infantil: A criança e o analista, da relação ao campo emocional*. Rio de janeiro: Imago.

Ferro, A. (2011). *Evitar as emoções, viver as emoções*. Porto Alegre: Artmed. Originalmente publicado em 2007.

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1994). Fantasmas no quarto do bebê. *CEAPIA, 7*(1), 12-34.

Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise I). In S. Freud. *Sigmund Freud: Obra completa*. Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1913.

Gondim, S. M. G., Bastos, A. V. B, & Peixoto, S. A. (2010). Áreas de atuação, atividades e abordagens teóricas do psicólogo brasileiro. In A. V. B. Bastos, & S. M. G. Gondim (Eds.), *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.

Greenspan, S. I., & Greenspan, N. T. (1993). *Entrevista clínica com crianças*. São Paulo: Artes Médicas.

Hallberg, S., & Ortiz, M. R. L. (2005). A importância do campo na prática da psicoterapia infantil: Um caso modelo. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, 4*(1), 99-108.

Hwang, C. S. (2011). Subsídios da psicanálise para o atendimento a crianças. In B. Carpigiani (Ed.), *Teorias e técnicas de atendimento em consultório de Psicologia*. São Paulo: Vetor.

Kornblit, A. (2009). Por um modelo estrutural da hora do jogo diagnóstica. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, & E. G. Piccolo (Eds.), *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes. Originalmente publicado em 1979.

Kramer, S., & Byerly, L. J. (1996). Técnica da psicanálise da criança na latência. In J. Glenn (Ed.), *Psicanálise e psicoterapia de crianças*. Porto Alegre: Artmed.

Krug, J. S. (2014). *Entrevista lúdica diagnóstica psicanalítica: Fundamentos teóricos, procedimentos técnicos e critérios de análise do brincar infantil*. (Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Lerner, H. (2003). Técnicas o rituales? In H. Lerner, *Psicoanálisis: Cambios y permanencias*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Lowenkron, A. M., & Frankenthal, V. (2001). O problema da avaliação diagnóstica em psicanálise de crianças. In R. B. Graña, & A. B. S. Piva, *A atualidade da psicanálise de crianças: Perspectivas para um novo século*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Marchevsky, N. (2001). Interpretação e atuação terapêutica em análise de crianças. In R. B. Graña, & A. B. S. Piva, *A atualidade da psicanálise de crianças: Perspectivas para um novo século*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mello, M. C. P. S. A. (2007). A técnica e a linguagem do brincar. In M. da C. Pinto (Ed.), *O livro de ouro da psicanálise: O pensamento de Freud, Jung, Melanie Klein, Lacan, Winnicott e outros*. Porto Alegre: Artmed.

Ocampo, M. L. S., & Arzeno, M. E. G. (2009). A entrevista inicial. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, & E. G. Piccolo (Eds.), *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes. Originalmente publicado em 1979.

Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G., & Piccolo, E. G. (Eds.). (2009). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes. Originalmente publicado em 1979.

Quagliatto, H. S. M., Cunha, M. F., Chaves, L. S., Pajola, L. G., & Lemgruber, K. (2008). Evoluções e revoluções na clínica psicanalítica infantil: Da orientação aos pais à avaliação-intervenção conjunta pais-filhos. *Contextos Clínicos, 1*(1), 43-48.

Reghelin, M. M. (2008). O uso da caixa de brinquedos na clínica psicanalítica de crianças. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade, 5*(1), 167-179.

Rodulfo, R. (1990). *O brincar e o significante*. Porto Alegre: Artmed.

Rosemberg, A. M. S. (1994). *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo: Escuta.

Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Originalmente publicado em 1997.

Safra, G. (1984). Procedimentos clínicos utilizados no psicodiagnóstico. In W. Trinca (Ed.), *Diagnóstico psicológico: A prática clínica* (vol. 11). São Paulo: EPU.

Sattler, J. M. (1996). *Evaluación infantil*. México: Manual Moderno.

Seewald, F. (2003). Psicanálise de crianças: Questões diagnósticas. *Revistado Centro de Estudos da Infância e Adolescência do Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre, 10*(1), 57-77.

Sigal, A. M. (2009). *Escritos metapsicológicos e clínicos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silva Junior, N., & Ferraz, F. C. (2001). O psicodiagnóstico entre as incompatibilidades de seus instrumentos e as promessas de uma metodologia psicopatológica. *Psicologia USP, 12*(1), 179-202.

Simon, R., & Yamamoto, K. (2012). O brincar e a psicanálise. In R. M. L. Affonso (Ed.), *Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo*. Porto Alegre: Artmed.

Stürmer, A. (2009). As origens da psicoterapia de crianças e de adolescentes na psicanálise. In: M. G. K. Castro, & A. Stürmer (Eds.), *Crianças e adolescentes em psicoterapia: A abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.

Stürmer, A., & Castro, M. G. K. (2009). A clínica com crianças e adolescentes: O processo psicoterápico. In: M. G. K. Castro, & A. Stürmer (Eds.), *Crianças e adolescentes em psicoterapia: A abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.

Surreaux, H. (2008). O brincar na psicanálise e na vida. In M. Mello (Ed.), *Psicanálise de crianças: Escutas possíveis*. Porto Alegre: Carta.

Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Trinca, W. (Ed.). (1984). *Diagnóstico psicológico: A prática clínica*. São Paulo: EPU.

Werlang, B. G. (2000). Entrevista lúdica. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Yanof, J. A. (2006). Técnica na análise de crianças. In E. S. Person, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (Eds.), *Compêndio de Psicanálise* (3. ed.). Porto Alegre: Artmed. Originalmente publicado em 2005.

LEITURAS RECOMENDADAS

Affonso, R. M. L. (2012). O ludodiagnóstico e as técnicas projetivas expressivas. In R. M. L. Affonso (Org.), *Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo*. Porto Alegre: Artmed.

Affonso, R. M. L. (2012). A análise do procedimento ludodiagnóstico segundo o referencial teórico psicanalítico. In R. M. L. Affonso (Org.), *Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo*. Porto Alegre: Artmed.

Frick-Helms, S. B., & Drewes, A. A. (2010). Introduction to play therapy research theme issue. *International Journal of Play Therapy, 19*(1), 1-3.

Josefi, O., & Ryan, V. (2004). Non-directive play therapy for young children with autism: A case study. *Child Psychology and Psychiatry, 9*(4), 533-551.

Ocampo, M. L. S., & Arzeno, M. E. G. (2009). Devolução de informação no processo psicodiagnóstico. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, & E. G. Piccolo (Eds.), *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.

Ryan, V., & Needham, C. (2001). Non-directive play therapy with children: Experiencing psychic trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 6*(3), 437-453.

Urquiza, A. J. (2010). The future of play therapy: Elevating credibility through play therapy research. *International Journal of Play Therapy, 19*(1), 4-12.

9

O EXAME DO ESTADO MENTAL E SUAS TRANSFORMAÇÕES

Cláudio Maria da Silva Osório

A quem confiar minha tristeza? (Tchekhov, Angústia, 1886)

... if we could not see or hear or touch, if we could not experience pain or pleasure, if we lacked conscious desires and intentions, we would not and could not behave as we do. (Zeman, 2001)

Abordagens contemporâneas na psicopatologia, na semiologia e no exame do estado mental (EEM) preocupam-se com a esterilidade ou a perda da competência nesses campos do conhecimento e propõem uma revitalização (Andreasen,1996, 1998, 2007; Ghaemi, 2007; Huber, 2002; Kendler, 2005). O alerta de Andreasen (1996, p. 590), continua válido:

> A desumanização da atenção médica é uma tendência em todas as especialidades médicas, incluindo a psiquiatria. O atual sistema de saúde é amplamente insensível ao psiquismo dos pacientes . . . com os médicos sendo encorajados a embasar as decisões quanto aos psicofármacos em diagnósticos feitos depois de uma entrevista "rapidinha", que busca alguns poucos sintomas supostamente relevantes e ignora que cada paciente é uma pessoa com sua história singular, vivendo em um ambiente único.

Quem sabe a passagem dessa neurocientista pelo campo da literatura a tenha ajudado a ser sensível a essas questões? Tchekhov (1999), muito traduzido nos Estados Unidos, escreveu alguns contos cujo fio condutor é a insensibilidade humana.[1] Em "Angústia", o cocheiro Iona Potapov, depois de uma grave perda, deseja que sua tristeza seja ouvida por seus passageiros e colegas de trabalho.

Feinstein (1967) assinalou uma dissociação na medicina, identificável também na psicologia clínica: ciência, teoria, pesquisa, laboratório, tecnologia e testes, de um lado; arte, prática, clínica e humanismo de outro. A anamnese, a história, o exame físico e o raciocínio clínico raramente são vistos como procedimentos científicos, mas, muitas vezes, como talentos, intuições, "olho clínico", vocação, em geral associados a sentimentos e humanismo, sendo alvos de uma depreciação não velada. Esses e outros fatores levam o clínico a não proceder de maneira científica na obtenção da história e na realização do exame do paciente.

No entanto, não somos mais os mesmos, profissionais e/ou pacientes, depois dos avanços da genética e da neurociência, da psicologia cognitiva, das edições do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSMs) e dos seus problemas, na oportuna crítica de Bastos (2000) e, também, da internet, com os seus múltiplos recursos. Essas mudanças na ciência e na cultura têm transformado os conceitos e o trabalho dos examinadores e as atitudes dos pacientes. Às vezes trazendo problemas, pela facilidade para os

[1] Informação pessoal do professor João Armando Nicotti, em curso sobre Literatura Russa, 2014.

pacientes forjarem sintomas e diagnósticos, com variadas intenções e ganhos; por vezes, os recursos da internet puderam aumentar ou diminuir a confiabilidade dos dados da história e do exame do paciente. Aqui se incluem as comparações das histórias e exames de pacientes com suas postagens em redes sociais (Recupero, 2010). A ânsia pela rapidez e pela objetividade estimulou o desenvolvimento de entrevistas de 30 minutos, com etapas cronometradas, em que quatro minutos são dedicados ao EEM (Nussbaum, 2013). Na busca por trabalhos sobre o Mental Status Exam no PubMed [outubro/2014], em cerca de dois terços deles o instrumento de pesquisa é o Miniexame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), e sua modificação, o 3-MSE (Teng & Chui, 1987). Esses e muitos outros testes apontam a importância do exame da linguagem e de outras funções cognitivas na semiologia e respondem às demandas da notável transformação da pirâmide populacional nas últimas duas décadas. Estudantes e profissionais devem considerar que o MEEM ou outros recursos utilizados em pesquisas são instrumentos de *rastreamento e monitoramento da evolução, e não de diagnóstico*, sua *sensibilidade*[2] deixa muito a desejar quando usado isoladamente, como indica a revisão da literatura no tema, que aponta as suas limitações, em particular na identificação de prejuízos nas *funções cognitivas executivas*. De acordo com Spreen, Risser e Edgell (1995, p. 66), *funções executivas* era um termo recente nos anos 1990, que "... vinha sendo usado para separar várias atividades cognitivas mais altas, dentro de um modelo de processamento de informações". Existem outros modelos e definições. Considerando que *gerência*, além de *gerenciar ou gerir*, significa *criar, fazer e produzir*, um bom termo para designar essas *funções executivas* (FEs) seria "funções gerenciais ou de gerenciamento", suas semelhanças com as funções de um *chief executive officer*. Cardoso (2011), citando Hamdan e Pereira (2009), examina as relações entre funções executivas e esquizofrenia, entendendo as FEs como um *sistema gerencial*. É importante ressaltar que, na psiquiatria, era – e talvez ainda seja – habitual considerar as alterações das FEs: a) como expressões de lesão das áreas frontais, particularmente pré-frontais, do cérebro, com a sua avaliação sendo feita *em separado*, fora do EEM (MacKinnon & Yudofsky, 1988); b) na psiquiatria infantil, dentro da avaliação neuropsicológica e cognitiva (Jura & Humphrey, 2009); e c) na psiquiatria geriátrica, na associação da depressão na terceira idade e da disfunção executiva (Alexopoulos & Emmett, 2009). McIntyre, Norton e McIntyre (2009) não incluem a sua avaliação no roteiro de exame do paciente psiquiátrico, em que propõem o MEEM como instrumento de rastreamento e monitoramento do agravamento ou da resolução dos problemas cognitivos. Em síntese, o exame das FEs e de suas disfunções *não* costuma ser feito no EEM, particularmente no caso de adultos. Uma exceção está na *guideline* proposta em 1995 pela American Psychiatric Association, que inclui as funções executivas *entre* os elementos do *status* cognitivo no exame do estado mental (American Psychiatric Association [APA], 1995). Desconhecendo essa diretriz para o exame das FEs, se e/ou quando estivermos, por exemplo, diante de um homem que "aposta" em ações na bolsa de valores, com os seus previsíveis prejuízos, ou de uma mulher que "coleciona" animais domésticos, gastando muito tempo e dinheiro, ou, ainda, de um profissional com importantes dificuldades no "gerenciamento" de sua vida pessoal, familiar e carreira, a tendência do examinador é, por tradição, tentar encontrar e diagnosticar um ou mais transtornos mentais que expliquem tais dificuldades, sejam eles adições, compulsões, lesão de lobo frontal, demências ou transtornos do humor.[3]

[2] *Sensibilidade*: a capacidade de um teste dar resultado positivo, com o menor índice possível de "falsos positivos" (o testado de fato *não tem* a doença, mas o resultado foi positivo). Contrapõe-se com o conceito de *especificidade*: a capacidade de um teste dar resultado negativo, com o menor índice de "falsos negativos" (o sujeito de fato *tem* a doença, mas o teste não revelou a sua presença). Daí a importância de uma boa história clínica e um bom exame do estado mental (Fletcher, Fletcher, & Wagner, 2002). Lezak, Howieson, Bigler e Tranel (2012) recomendam usar mais tempo com a anamnese do que com a aplicação de testes, por analogia com a boa prática médica quanto à história clínica, ao exame objetivo e aos exames complementares (laboratoriais e de imagem). Sensibilidade e especificidade não devem ser confundidas com precisão (confiabilidade, fidedignidade) e acurácia na obtenção de dados; esses dois conceitos relacionam-se com erros aleatórios ou por acaso (influenciando a precisão) e erros sistemáticos, por vieses (influenciando a acurácia). O observado, o instrumento de observação e o observador podem contribuir para os dois tipos de erros.

[3] Dois textos de neurociência relativamente recentes (Gazzaniga & Heatherton, 2005; Bear, Connors, & Paradiso, 2002) não citam, em seus índices remissivos, a expressão *funções executivas*: o primeiro também cita o caso de Phineas em "córtex pré-frontal na personalidade e autocontrole"; e o segundo descreve o mesmo caso e a lobotomia frontal e suas relações com déficits na me-

Sendo a psicologia a ciência que trata dos estados e processos mentais ou o estudo do comportamento humano, e a psicopatologia o estudo das disfunções psicológicas e comportamentais, é comum, no primeiro caso, o acréscimo "da mente normal", e, no segundo, "o estudo da mente anormal". Nos cursos e na vida profissional tenta-se diferençar o "normal" do "anormal", com menos problemas quando as diferenças são grosseiras. No entanto, é preciso mais frequentemente fazer distinções bem mais sutis entre normal e anormal (Fletcher et al., 2012). A tristeza do cocheiro Iona, do conto russo citado anteriormente, é uma tristeza normal, adequada ao luto pela perda do filho ou é uma depressão patológica? Para responder, pode-se usar somente uma semiologia descritiva ou deve-se complementá-la com uma semiologia compreensiva? Em que medida a nomeação científica, com maior ou menor precisão, empobreceria o contato humano no caso dos EEMs feitos para o diagnóstico psicológico ou psiquiátrico?

Leitores atentos notaram impropriedades no parágrafo anterior, quando é insinuada uma pretensa equivalência entre normalidade e saúde e anormalidade e patologia. Perceberam também que a avaliação e o julgamento – intensidade e qualidade da tristeza do cocheiro – dependem dos conhecimentos apropriados, mas também dos pressupostos pessoais, filosóficos, científicos e culturais do examinador e do examinando. Caso o profissional tenha sido treinado menos para conhecer e reconhecer sintomas e fenômenos psíquicos e mais para se preocupar – e muito – com o preenchimento ou não de critérios diagnósticos, tendo aderido, fortemente e sem crítica, a propostas do atual DSM-5 (APA, 2014), poderá entender que está, no caso de Iona, diante de uma depressão patológica: não sem surpresa, o cocheiro receberia antidepressivos, em nome da "tolerância zero" com a depressão e seus déficits cognitivos, prejuízos laborais e risco de suicídio. É possível, também, que o cocheiro fosse considerado parcial e temporariamente incapacitado. Entretanto, um examinador *pluralista*, com razoável formação filosófica existencial e/ou psicodinâmica, poderia, empaticamente, compreender a dor psíquica dessa pessoa, não usaria nenhum código diagnóstico e nem sempre proporia psicofármacos (Ghaemi, 2007; Jaspers, 1987, 1995; McHugh & Slavney, 1982, 1983).

Seria possível uma convergência mínima entre as exigências científicas de nomenclatura e de critérios diagnósticos e o envolvimento humano e empático, indispensável para a avaliação dos sinais e sintomas do examinando, visando o melhor diagnóstico clínico? Jaspers (1985) entendia que sim, quando esclarecia que a frieza da objetividade científica e a empatia no encontro entre duas pessoas "não se devem opor e sim completar uma a outra", mas alertava que ". . . a observação fria não vê o essencial", propondo que ". . . ambas, numa ação recíproca, é que podem conduzir ao conhecimento" (Jaspers, 1985, p. 35). Por sinal, na nova edição de Jaspers (1997), os termos da língua inglesa para essas duas atitudes complementares são *detachment*/distanciamento e *sympathy*/compaixão, solidariedade.

Docherty e Marder (1977) analisaram o problema do *relacionamento bimodal*: 1) ver o paciente como um órgão ou organismo doente ou como objeto de estudo (relação eu-coisa): *foco na doença*; e 2) vê-lo como uma pessoa perturbada (relação eu-tu): *foco na pessoa*. Examinaram também as forças que promovem cada um desses tipos de relacionamentos e as incompatibilidades entre eles, por sua vez promotoras de estresse no estudante e no profissional, na clínica e na pesquisa, estimulando o desejo de simplificar as questões para um conforto intelectual e emocional. Esse conforto tem como consequência a desconsideração com a autonomia, com a subjetividade e com a condição humana do paciente, e, portanto, acarreta impactos antipsicoterapêuticos.

Esse é o objetivo deste capítulo: oferecer subsídios e orientações para que o leitor se sinta menos perdido em um terreno de incertezas e inseguranças.[4] Esse é um campo científico em que o movimento dos observadores, dos

mória de trabalho e no planejamento. O DSM-5 refere déficits nas *funções executivas* em alguns transtornos neurocognitivos (frontotemporal, vascular, por traumatismo cerebral, por HIV e por doença de Huntington), mas não os refere nos casos de uso/abuso de cocaína e álcool, depressão, mania, esquizofrenia, transtornos obsessivo-compulsivos e doença de Parkinson, embora já existam trabalhos que indiquem déficits nesses quadros clínicos. Holmes, em 2001, não se referiu às funções executivas. O mesmo aconteceu com Barlow e Durand em 2008. Mais recentemente, Whitbourne e Halgin (2015) dedicam uma página ao tema, com uma tabela interessante sobre as esferas neurocognitivas no DSM-5.

[4] Em *Psicopatologia conceitual*, Streb (2012) cita um capítulo de um livro de Kendler e Parnas com o provocante título "The incredible insecurity of psychiatric nosology". Essa insegurança não poderia ser creditada a muito investimento em diagnóstico e classificação e pouco em psicopatologia e semiologia?

observados, dos instrumentos de observação (teorias e técnicas) e da própria cultura vem acelerando, com constantes transformações. Tudo se move.[5] Por isso, neste capítulo, além das mudanças e de uma desejada (e necessária) revitalização – com a reinserção da conação (vontade, pulsões e motivação) –, foram introduzidas duas novas funções no EEM. A primeira seria realmente nova? Os paradigmas são substancialmente diferentes – *psicanalítico e neurobiológico* –, mas uma leitura atenta da proposta de Bellak (1958) para o exame das funções do ego na esquizofrenia sugere algumas aproximações entre os atuais conceitos neuropsicológicos de *funções executivas* e algumas *funções do ego*: relação com a realidade; teste e senso da realidade; diferenciação figura-fundo; acurácia da percepção; regulação e controle das pulsões e impulsos (que possibilitam inibições e desvios); função sintética; e outros. Outra função acrescentada no novo EEM é a *interação social* (teoria da mente e empatia). A conação, aqui reinserida, esteve presente em antigos livros de semiologia e psicopatologia, faz parte de livros atuais, mas foi suprimida em alguns bem conhecidos roteiros de EEM.

Este capítulo não pretende substituir o estudo de psicopatologia e semiologia nos livros e outras fontes indicados nas referências. Consideramos criticável o estudo desses temas em "tabelinhas" e manuais de estatística e classificação (DSMs e CID).

Há mais de 50 anos, os profissionais da área da saúde mental solicitavam o teste Bender-Gestáltico na busca de "sinais de organicidade" ou dano cerebral. Hoje é preciso que se desenhem entrevistas clínicas e EEMs capazes de proporcionar indicações suficientemente claras dos prejuízos cognitivos e, particularmente, das disfunções executivas no mundo real do dia a dia de cada paciente. Existem alguns instrumentos (testes) para avaliação neuropsicológica das FEs, complexas por envolverem múltiplos processos. Em um exemplo de Kristensen (2006), um desempenho pobre no teste de Wisconsin pode decorrer de dificuldades na percepção visual de formas geométricas, e não de um prejuízo executivo. Kristensen (2006, p. 100), e autores por ele citados, acrescentam que a situação de testagem é ". . . altamente estruturada, com indicações claras sobre quando iniciar e manter o comportamento centrado na tarefa, com minimização de interferências ambientais e apresentação de objetivos".

Obviamente, esses não são cenários da vida real dos pacientes em seus contextos de vida familiar, no estudo e no trabalho. Por isso as recomendações de Kristensen (2006), bem como de Lezak e colaboradores (2012) e Royall, Mahurin e Gray (1992), para adaptar ou flexibilizar as entrevistas clínicas de avaliação. De forma realista, mas com licença para um pouco de humor, as avaliações neuropsicológicas de filósofos, psicanalistas, bioquímicos, CEOs, jogadores de futebol ou *top models* naturalmente não poderão ser as mesmas. Nas conclusões, voltaremos a esse ponto.

Este capítulo tenta, também, responder a indagações antigas e recentes: 1) Por que o estudante e depois o profissional negligenciam a abordagem descritiva?; 2) O que leva à "mistura" – sem articulação – dos métodos descritivo-fenomenológico e psicodinâmico?; 3) Por que as confusões conceituais, para não mencionar os erros de tradução e o "embaralhamento" de conceitos presentes em vários livros de texto?; 4) O que induz autores a não proceder de forma elegante e acadêmica, divulgando ideias e conceitos sem buscar as suas fontes originais e deixando de consultar autores acessíveis?; 5) Por que não diferenciar entre o que os instrumentos mostram, o que o examinador julga que o paciente apresenta e aquilo que o paciente realmente tem?; 6) Será que a cartesiana dissociação mente-corpo afetou também o EEM?

O EXAME DO ESTADO MENTAL

Define-se o EEM como a avaliação acurada e sistemática (descrição, identificação, reconhecimento e nomeação adequada) de *sintomas objetivos* (sinais diretamente observáveis) e *subjetivos* (sintomas não observáveis diretamente) dos transtornos mentais, das crises vitais (evolutivas ou acidentais) e condições similares (sem transtorno mental, mas com sintomas presentes) e das condições clínicas de outra natureza (doenças físicas ou somáticas, especialmente neurológicas,

[5] Pine e colaboradores (2011) abordaram essa questão sublinhando a crescente atenção às influências desenvolvimentais nas apresentações clínicas de um mesmo transtorno mental ao longo da vida. Não se pode ignorar que, em nosso meio, Osório (1975) havia mostrado, com seus conceitos de "mutação sintomática" e "distúrbios evolutivos", que uma mesma problemática se manifestaria de forma distinta conforme a idade da criança e as circunstâncias: ". . . inicialmente como distúrbios da alimentação, inapetência na época do desmame, depois uma perturbação do sono, substituída mais adiante por enurese e, depois, fobia escolar, e assim por diante" (Osório, 1975, p. 67).

efeitos colaterais de medicamentos, etc.). Seus dados são obtidos em entrevistas abertas ou semiestruturadas.

O Present Status Examination (PSE) (Royall et al., 1992), Exame do Estado [Mental] Atual, é obtido por meio de entrevista estruturada com 140 itens. É essencial que o estudante ou profissional envolvido nesse trabalho de avaliação saiba que a *maior parte* dos sintomas psicopatológicos, mesmo os graves (como delírios e alucinações), é *subjetiva*, e, mais ainda, depende de *avaliação subjetiva* do próprio entrevistador. É o paciente que "se sente triste"; é o examinador que avalia esse sentimento, afeto ou estado do humor. Essa avaliação é realizada *durante e por meio de entrevistas clínicas*, sejam de avaliação diagnóstica inicial, sejam de tratamento. Entrevistas clínicas *não são procedimentos de 15 minutos de duração*, com perguntas fixas a serem respondidas com *sim* ou *não*, às vezes até mesmo pelos próprios entrevistados, e realizadas inclusive por pessoas leigas, em treinamentos superficiais e rápidos, para fins de rastreamento de transtornos mentais em pesquisas epidemiológicas, até por telefone. Alguns desses instrumentos de pesquisa, apesar de pretensas validade e confiabilidade, tiveram vida quase tão breve quanto a duração proposta para o procedimento. Embora, no Brasil, a expressão *clínica* esteja muitas vezes associada aos médicos (no campo dos problemas ditos orgânicos ou somáticos), neste capítulo, seguindo Craig (1991), usa-se essa expressão abrangendo psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeiros da área da saúde mental e psicanalistas.

Para Akiskal (1986), o EEM seria análogo ao exame físico praticado na medicina, em que são *avaliadas sistematicamente todas* as funções do corpo (visão, audição e outros sentidos, aparelhos circulatório, respiratório e outros). De fato, *e em parte*, ele seria um análogo da *revisão de sistemas* durante a anamnese médica, pois o exame físico é *basicamente objetivo* (inspeção, palpação, percussão, ausculta, medida da temperatura e da tensão arterial, etc.). A realização do EEM requer ciência e arte, dependendo de conhecimentos e experiência prática, preferentemente desenvolvida em vários *settings* (consultórios privados, ambulatórios públicos, hospitais, etc.) e com populações heterogêneas (quanto a idade, condição socioeconômica, religião, gênero, psicopatologia, diagnóstico, etc.), sendo os exames *continuamente revisados*. Erro habitual consiste no estudante ou profissional da área da saúde contentar-se com um único EEM, realizado nas primeiras entrevistas para obtenção da história clínica, deixando de reavaliá-lo ao longo do tratamento, contrariando o próprio conceito de *status* ou estado. Outra fonte de erro no EEM é o seu uso *como rotina*, sem considerar a diversidade de problemas e de pessoas que, analogamente à avaliação neuropsicológica (Lezak et al., 2012), ". . . propõe um desafio interminável para os examinadores que querem atender os propósitos do exame, avaliando pacientes de acordo com suas capacidades e limites".

Destaque-se, por fim, o valor clínico de estar bem atento às flutuações cognitivas no EEM, em horas ou semanas, que podem sugerir um tipo específico de demência.

Reduções e simplificações do exame do estado mental

Além da já assinalada confusão entre um EEM e o MEEM, é comum, mesmo em hospitais universitários, reduzir o EEM à avaliação da consciência, da orientação e da coerência do curso do pensamento, cujo resultado, nos casos "normais", é a bem conhecida sigla "LOC" (de lúcido, orientado e coerente). Em 1991, considerei essa sigla muito útil para distinguir pacientes com ou sem *delirium* e, portanto, com ou sem indicação de Unidade de Cuidados Intensivos, destacando a insuficiência desse exame em deprimidos graves com importante risco de suicídio, até mesmo psicóticos, em delirantes paranoides, em alguns demenciados (não suficientemente graves para perder a coerência do pensamento) e mesmo em esquizofrênicos sem curso do pensamento desagregado. Todos esses pacientes podem estar "LOCs", apesar de psicóticos, com juízo crítico comprometido e com funções cognitivas (inteligência e memória) prejudicadas no caso de demência. Acrescente-se que "passam neste exame", tanto em sua forma reduzida – "LOC" – como no EEM completo, os pacientes com transtornos da personalidade, com abuso e dependência de drogas, e mesmo aqueles com perversões ou parafilias graves, como pedofilia e necrofilia, *desde que não se obtenham informações objetivas*. Todas essas pessoas podem estar lúcidas (acordadas), bem orientadas no tempo e no espaço, falando coerentemente. Além disso, a identificação, o reconhecimento e a nomeação de um transtorno da personalidade requerem um estudo biográfico, na maioria das vezes com informações objetivas (familiares, registros, etc.), dificilmente obtido em entrevistas breves e/ou padronizadas.

No ensino, tem sido comum o uso de antigas publicações avulsas, práticas e simplificadas, muitas vezes produzidas por alunos de cursos de graduação ou de pós-graduação, que nem sempre passaram por um processo de supervisão para correção e atualização. Algumas delas, pioneiras, tiveram mérito por terem resultado de um esforço legítimo de organização de dados dispersos (sintomas, definições) disponíveis em bons livros de semiologia e de psicopatologia antigos e clássicos (como Karl Jaspers, Kurt Schneider, Vallejo Nagera, Iracy Doyle e outros). Foi o caso do manuscrito de Abuchaim (1958), no final dos anos 1950, do qual nasceram as bem conhecidas *siglas mnemônicas*, muito didáticas: ASMOCPLIAC e sua variante, reordenada talvez por alunos de psicologia, "SACOMPLICA". A primeira delas predominantemente usada nos cursos de Medicina e Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; a segunda de uso frequente em cursos de formação de psicólogos. As letras da primeira sigla são as iniciais de Atenção, Sensopercepção, Memória, Orientação, Consciência, Pensamento, Linguagem, Inteligência, Afetividade e Conduta, as nove funções mentais ou do ego examinadas nesse roteiro, em que o juízo crítico era examinado dentro do pensamento, e a avaliação do humor e dos afetos, dentro da afetividade. Em ambos os arranjos mnemônicos transparecia uma preocupação bem maior com a sonoridade, facilitando serem "decoradas", do que com a hierarquia e a lógica da semiologia e do EEM.

Por isso o meu apelo, em 1991, *para colocar em primeiro lugar a consciência*, incluídas as conotações de conhecimento e de consciência moral e ética e, paralelamente, a *afetividade*, também no sentido do envolvimento empático proposto por Jaspers.[6] Em um primeiro momento, foram reorganizadas as funções em dois subgrupos, em uma sequência lógica: Consciência, Atenção, Sensopercepção, Orientação, Memória e Inteligência, abreviadas na expressão CASOMI. No segundo subgrupo ficavam Afetividade, Pensamento, Conduta e Linguagem (APeCoL). Foi preservada a sonoridade da sigla, mas sem o sacrifício de uma aparentemente mais bem didática organização lógica e fundamentada na psicopatologia. As justificativas para esse reordenamento foram: 1) a inteligência ficaria mais bem situada junto a outras funções cognitivas (memória e orientação); 2) os distúrbios da consciência costumam ser primários, no sentido de provocar distúrbios da atenção, da sensopercepção, da orientação e da memória, devendo, por isso, *a consciência vir em primeiro lugar*. Para isso, segui Horvath, Sarvier, Mohs e Davis (1989) e também Kernberg (1995) na sua *Entrevista estrutural*, 1984, apresentada em curso nesse tema em 1989. Kernberg (1995) desenhou um diagrama (*ciclagem dos sintomas de ancoragem*[7]) que permite o diagnóstico estrutural, essencial na identificação das condições psicóticas, *borderline*, neuróticas e normais. Mais adiante, revisando o esquema,[8] o juízo crítico foi destacado do pensamento por seu papel na discriminação de síndromes psicóticas.

A afetividade, o pensamento e a conduta geralmente são as áreas dos principais sintomas das psicoses, embora elas naturalmente incluam perturbações das sensações e da percepção (alucinações) e possam, também, alterar outras funções, como a atenção e a orientação. Apesar de diferentes teorias psicológicas a respeito do que é primário na depressão (o *humor triste* ou *os pensamentos depressivos*?) e nas esquizofrenias (*a perturbação fundamental é no pensamento ou na afetividade*?), seria útil, para destacar a importância do exame da afetividade, colocá-la em primeiro lugar no esquema do segundo grupo de funções psíquicas.

Por fim, apesar das relações entre pensamento e linguagem, muitas das alterações da linguagem são suficientemente independentes do pensamento, a fim de justificar sua separação: sua colocação *em último lugar* no esquema, logo após a conduta, serviria também para lembrar que a linguagem pode ser vista como um aspecto da conduta ou comportamento. Revisando bem

[6] "O estudante e o profissional devem estar *conscientes* e conscientizados de que fatores *inconscientes* interferem no exame *consciencioso* da consciência. Isso implica uma mudança *afetiva* do conceito da *afetividade*, isto é, 'uma nova *consciência*' ou uma nova identidade" (Osório, 1991), pelo uso apropriado de termos da semiologia e da psicopatologia, muitos deles procedentes do dicionário comum, mas usados cientificamente com sentidos ou significados bem diversos. O jogo de palavras assinala os diferentes significados de consciência na língua portuguesa, diferentemente da língua inglesa, embora nesta o termo também tenha diferentes acepções, como demonstra Zeman (2001), o autor da segunda epígrafe deste capítulo.

[7] Cuidado com a armadilha da heurística *"anchoring bias"*: quando se tem um diagnóstico em mente, a tendência é colocar o que se observa dentro dessa "caixa", sustentando todos os seus sintomas naquele diagnóstico, mesmo quando "não se encaixam".

[8] Em particular, uma colaboração de Fábio Montano Wilhelms, na época doutorando de Medicina, antes de entrar na Residência em Psiquiatria da UFRGS/HCPA.

recentemente o tema da Comunicação e Linguagem, esta passou para o primeiro conjunto, que agora seria: Consciência, Atenção, Sensopercepção, Orientação, Memória, Inteligência e Linguagem. Resolvidos os problemas? Não se respeitamos Vigotsky (2010), para quem fracassaria o método de análise que pretenda decompor pensamento e linguagem, com pensamento e palavra concebidos como dois elementos autônomos, independentes e isolados. Quem sabe, em um bem-humorado assinalamento quanto a algumas formas de reducionismo, Vigotsky (2010) imaginou um pesquisador que, buscando explicar por que a água apaga o fogo, tentaria decompor a água em oxigênio e hidrogênio, mas ficaria surpreso ao perceber que o oxigênio mantém a combustão e que o hidrogênio é inflamável. O pensamento deve, portanto, vir também para junto das outras funções cognitivas.

Poderiam, ainda, existir razões didáticas e clínicas para manter *a afetividade em primeiro lugar, seguida pelo pensamento*? Talvez sim, pois é o exame conjunto dessas duas funções que pode diferenciar quadros clínicos com sintomas psicóticos graves na área do pensamento (ideias delirantes de controle ou influência), que ocorrem tanto em transtornos esquizofrênicos quanto em transtornos afetivos psicóticos, com ideias delirantes incongruentes com o humor. Um caso clínico bastante ilustrativo é o de "Alice Davis", em Spitzer e colaboradores (1996), conhecido como "mensagens de radar" nos livros de casos clínicos dos DSMs de 1980, 1989 e 1994.

> Depois de um período de depressão e durante o mês que precedeu sua entrada no hospital, Alice, 24 anos, ficou crescentemente eufórica e irritável, com alucinações visuais e auditivas. Ela acreditava que havia um "buraco" na sua cabeça e, através dele, "mensagens de radar" estavam sendo enviadas para ela. Essas mensagens podiam controlar seu pensamento ou produzir emoções de raiva, tristeza e outras que até então estavam sob o seu controle. Alice também acreditava que os seus pensamentos podiam ser lidos por pessoas próximas a ela, e que pensamentos estranhos, vindos de outras pessoas, eram introduzidos na sua cabeça através do radar. Ela descrevia vozes, que às vezes falavam dela na terceira pessoa ("Vejam o que ela está fazendo!") e, outras vezes, ordenavam diversas atividades, particularmente sexuais ("Vá ter relações sexuais com o fulano!"). (Spitzer et al., 1996).

As alterações do conteúdo do pensamento eram bem graves em Alice (ideias delirantes bizarras e/ou de inserção do pensamento?), mas os sintomas de humor precederam a síndrome psicótica e foram mais duradouros do que esta. O delírio de inserção do pensamento, embora de grande importância diagnóstica, não é patognomônico da esquizofrenia. A advertência do Present Status Examination (PSE) (Kristensen, 2006) para a inserção do pensamento é válida para muitos sintomas: são comuns os "falsos positivos", dependendo da maneira como o examinador pergunta durante a entrevista, muitos pacientes respondem de forma afirmativa, mesmo quando não entenderam as questões. Se o examinador não conhece bem os sintomas, tendo deles apenas uma ideia vaga, superficial, por ter "estudado psicopatologia pelos manuais de diagnóstico (DSMs)", usando "tabelinhas diagnósticas" para verificar "se fecha" ou "não fecha" critérios, ele pode deixar de fazer as perguntas suplementares importantes. Pode, por exemplo, confundir a inserção do pensamento com sintomas obsessivos, mesmo tendo razoável domínio do transtorno obsessivo-compulsivo. Na definição do PSE, *a característica essencial da inserção do pensamento é a do sujeito experimentar pensamentos* que não os seus próprios *penetrando na sua mente.* Isto é, o sujeito não se diz obrigado a ter pensamentos incomuns ("pensar que o diabo o faz ter maus pensamentos"): *os pensamentos em si não são seus.* No caso da inserção do pensamento, o paciente pode chegar a dizer, com convicção delirante, que esses pensamentos foram inseridos em sua mente vindos de fora, por radar (caso de Alice Davis), telepatia ou outro meio qualquer, acrescentando, às vezes, uma *explicação delirante*, um sintoma adicional.

Outro caso exemplar como o de Alice, é o da psicóloga e pesquisadora Jamison (1996, p. 94). Em seu conhecido livro *Uma mente inquieta*, lê-se o relato de sua história pessoal e familiar, e da história da sua doença – um transtorno bipolar com sintomas psicóticos:

> Em 1974, aos 28 anos de idade, pouco antes, depois de um período no qual se sentia frenética, com pensamentos muito rápidos, Kay viveu uma experiência aterrorizante – via uma centrífuga dentro da sua cabeça e logo depois fora da sua cabeça; aí então a máquina se espatifou em múltiplos pedaços. Pediu socorro para um colega e amigo, que lhe recomendou

que consultasse um psiquiatra. Procurou o Dr. Daniel Auerbach, na UCLA, onde a paciente trabalhava.

As duas pacientes, apesar da gravidade das alucinações e delírios, são portadoras do transtorno bipolar e *não* de esquizofrenia. Esse erro diagnóstico afetaria muito o futuro de ambas.

Modelos teóricos e suas repercussões no exame do estado mental

Apesar da identificação e nomeação dos sinais e sintomas depender de um razoável domínio do *modelo descritivo-fenomenológico* (Kraepelin, Schneider e Jaspers), é preciso ter alguma familiaridade com outros modelos teóricos: *neurobiológico* (Andreasen e Kandel); *psicanalíticos* (Freud, Hartmann, Erikson, Klein, Winnicott, Kohut e outros); *cognitivo-comportamental* (behaviorismo, teorias da aprendizagem, psicologia cognitiva); *interpessoal* (psicobiologia e teorias do apego/separação); *culturalistas ou neofreudianos* (Sullivan e Horney); *sistêmico familiar* (cibernética, teoria dos sistemas, teoria da comunicação); *existencial-humanista* (Maslow e Rogers); e, por fim, o *modelo social* (Hollingshead e Redlich nos Estados Unidos; Thomas Main e Maxwell Jones na Inglaterra; Ulysses Pernambucano, no Brasil), muito diferente das *"antipsiquiatrias"* (Laing, Cooper, Szasz e Basaglia). Recomenda-se alguma familiaridade com a filosofia existencialista, mais adiante bem sumarizada, por sua importância na abordagem proposta por Jaspers (1985, 1997). Alguns desses conhecimentos filosóficos permitirão ao entrevistador desenvolver habilidades na semiologia compreensiva, muitas vezes indispensáveis para maior clareza na semiologia descritiva.

O entrevistador deve estar bem atento, todavia, ao efeito que tem sua própria orientação teórica na obtenção dos dados semiológicos e da história do examinado, pelo risco de algumas formas de reducionismo. Pode-se subscrever Jaspers (1985, p. 17) 100 anos depois:

> Não conhecemos nenhum conceito fundamental que possa conceber o homem exaustivamente.[9] Nenhuma teoria em que se possa aprender . . . toda a sua realidade. Por isso a atitude científica fundamental é estar aberto para todas as possibilidades de investigação empírica. E resistir a toda a tentativa de reduzir o homem . . . a um denominador comum.

Jaspers (1985, p. 41) reforça a necessidade do pluralismo metodológico na psicopatologia, bem diferente dos "ecletismos de conveniência", quando diz:

> Ao contrário de forçar os fatos investigados em uma camisa de força de uma teoria sistematizada, tento discernir entre os diversos métodos de pesquisa, pontos de vista e abordagens, de modo a trazê-los para um foco mais claro e demonstrar a diversidade dos estudos psicopatológicos.

Concordo com Jaspers (1985, p. 30): os preconceitos teóricos sempre trazem prejuízos para o olhar e a compreensão dos fatos. "Ver-se-ão sempre os dados estabelecidos dentro do esquema da teoria . . . O que depõe contra ela é transformado ou encoberto".

Lazare (1989) ilustrou muito didaticamente os vieses dos modelos teóricos ao construir quatro vinhetas de Mrs. J, uma viúva de 53 anos com sintomas de depressão: diferentes modelos resultaram em diferentes diagnósticos e, consequentemente, diferentes propostas terapêuticas. Se as iniciais da "paciente" fossem diferentes, pensaríamos em quatro pessoas diferentes.[10] Drob (1989) ilustrou o mesmo problema, mas com um caso real, de uma paciente deprimida que passou por diversos profissionais e recebeu propostas terapêuticas bem diferentes.

SÍNDROMES, TRANSTORNOS E DOENÇAS MENTAIS

É essencial esclarecer: quando se organiza um conjunto de sinais e sintomas em uma síndrome, não estamos fazendo um diagnóstico de transtorno ou doença mental, e sim estabelecendo um primeiro passo – o diagnóstico sindrômico para chegar àquele. Esse é um dos "embaralhamentos" conceituais mais notáveis na literatura da

[9] Na nova edição, 1997, com prefácio de Paul McHugh, a frase é: "que possa definir o homem" (Jaspers, 1997, p. 6).

[10] Há cerca de 20 anos, um atento estudante de medicina, hoje neurocirurgião nos Estados Unidos, identificou muito adequadamente que seriam *médicos diferentes*, e não diferentes pacientes, quando duas dessas vinhetas foram apresentadas em aula de semiologia psiquiátrica.

área da semiologia, psicopatologia e diagnóstico (Fig. 9.1).

Um mesmo transtorno mental pode se expressar clinicamente por diferentes síndromes, de acordo com o momento da evolução ou de acordo com o paciente, sua personalidade prévia e seu ambiente familiar. Por exemplo: um mesmo paciente com transtorno esquizofrênico pode manifestar uma síndrome ansiosa no *período prodrômico* do surto,[11] uma síndrome alucinatória ou delirante *durante* o surto, e uma síndrome depressiva *após* o surto. Por sua vez, diferentes transtornos mentais podem se expressar em uma mesma síndrome: uma síndrome maníaca pode ser a manifestação do transtorno bipolar, da sífilis cerebral, de uma psicose cerebral orgânica por corticosteroides ou, ainda, de uma disfunção ou desinibição frontal ou pré-frontal. Uma síndrome esquizofreniforme pode tanto ser a manifestação clínica de transtornos esquizofrênicos quanto de uma síndrome cerebral orgânica psicótica devido ao abuso e à dependência de anfetaminas, e também de transtornos bipolares psicóticos com alterações de pensamento não congruentes com o humor (rever os casos de Alice Davis e Kay Jamison, discutidos neste capítulo).

Assim, *por que* e *para que* realizar o EEM se ele, sozinho, não garante um diagnóstico completo, apenas um diagnóstico sindrômico?

O EEM exige a avaliação de uma pessoa nos seus aspectos sadios e patológicos, em cada uma das funções mentais ou psíquicas.[12] É um exame *descritivo em corte transversal*, focado no momento da avaliação; porém, a expressão *presente ou atual* inclui os últimos 30 dias na vida do examinado, de acordo com o PSE (Medical Research Council [MRC], 1983), o que garante o registro de perturbações da consciência no EEM, mesmo que elas tenham ocorrido há um mês e já não estejam presentes na ocasião da realização do exame. Por ser um corte transversal, seria mais correto falar de *exames dos estados mentais*:

FIGURA 9.1 / Síndrome, transtorno e doença superpostos ou "embaralhados".

um mesmo paciente pode mostrar, durante os 60 ou mais minutos de uma entrevista de avaliação, diferentes estados mentais em alternância, ora depressivo, ora maníaco (no caso de transtorno bipolar, ciclagem rápida, em atividade). Além disso, existe a possibilidade, não incomum, de um mesmo paciente apresentar mais de um estado mental, como no caso de pacientes geriátricos, com sequelas de lesões isquêmicas, quando se exacerbam traços da personalidade prévia, histérica, obsessiva ou paranoide.

Insistindo: o EEM não deve ser confundido com o MEEM (Folstein et al., 1975), tampouco com sua versão modificada (Teng & Chui, 1987). Aliás, muitos consideram, de maneira errada, o MEEM como um *resumo* do EEM. Não é. A expressão "mini" é apenas ambígua, não intencionalmente enganosa.

Os tipos de confusões assinalados anteriormente são algumas evidências de que não é comum dar muita importância ao EEM ou, pelo menos, a algumas das suas áreas. Entre as funções mentais negligenciadas está a *consciência*, às vezes não destacada em alguns EEMs. O *juízo crítico* também está ausente de certos roteiros. Outras duas áreas pouco enfatizadas e que merecem destaque especial são o exame dos *sentimentos, emoções e/ou afetos* (ódio e amor) e o exame do *humor* (alegria e tristeza), considerados relativamente independentes apesar das influências recíprocas (Osório, 2003, 2014).

Essas são as funções que vinham sendo examinadas em muitos roteiros de EEM (Tab. 9.1). Mesmo inter-relacionadas – linguagem e pensamento, afeto e humor, etc. –, elas devem ser, para fins clínicos e diagnósticos, avaliadas *independentemente* uma da outra, a fim de se reduzir o risco do *efeito* halo ou da heurística *anchoring bias*, a tendência a dar por presentes alterações em uma função que, por assim dizer, "combinariam" melhor com os dados do exame de outra

[11] Surto é a expressão tanto coloquial quanto científica para designar um quadro psicótico agudo, de qualquer natureza, seja nas esquizofrenias, seja nos transtornos bipolares ou em outras psicoses. Pródromos é a expressão clínica usual para o período imediatamente anterior a uma doença, seja mental (esquizofrenia, no exemplo dado), seja física (gripe, meningoencefalite).

[12] São algumas funções do ego, autônomas, como são chamadas na literatura psicanalítica ou psicodinâmica (p. ex., Bellak, 1958). Outras funções do ego aproximam-se do que hoje se conhece como *funções executivas*, mas em um modelo neurobiológico, como assinalado anteriormente neste capítulo.

função mental. Por exemplo: um examinador identifica humor maníaco em uma pessoa e, de forma involuntária e enviesada, "deduz" a presença de ideias de grandeza e de curso acelerado do pensamento, para "completar" uma síndrome maníaca. Entretanto, quando presentes no EEM, algumas contradições são de valor semiológico, como no caso de delírios ou ideias delirantes não congruentes com o humor.

Sendo o entrevistador flexível durante o EEM – e por isso essa nova proposta –, o pensamento pode ser avaliado em contraponto a afetividade, conduta e juízo crítico, por questões práticas e clínicas, a fim de facilitar o diagnóstico sindrômico e encaminhar o diagnóstico diferencial: 1) quando consciência, atenção, sensopercepção e orientação estão comprometidas, pensa-se na síndrome *delirium*; 2) se a memória e a inteligência parecem estar afetadas, pensa-se em síndrome demencial/demência (Alzheimer? Arteriosclerose cerebral? Aids? Alcoolismo crônico?); 3) afeto, pensamento e conduta prejudicados, com juízo crítico comprometido, pensa-se em síndrome esquizofreniforme (transtornos esquizofrênicos, abuso e dependência de anfetaminas?); 4) o humor, o pensamento e a conduta estão alterados, sem maiores perturbações do afeto, pensa-se em síndrome de alteração do humor, maníaca ou depressiva (transtorno bipolar? Outros transtornos do humor, incluindo orgânicos?); 5) havendo predomínio de alterações na conduta, particularmente, mas não apenas, comportamentos antissociais, pensa-se em síndrome de perturbação da conduta (transtorno da personalidade ou álcool e/ou drogas alterando a conduta a ponto de parecer transtorno da personalidade? Ou ainda um tumor cerebral?).

FENOMENOLOGIA, FILOSOFIA EXISTENCIAL E KARL JASPERS

Sintomas e sinais de transtornos mentais não devem ser confundidos nem com os critérios diagnósticos dos manuais de classificação (CID e DSMs) nem com *fenômenos* no sentido utilizado por Jaspers (experiências internas) e, menos ainda, no sentido de "fenômenos" da psiquiatria norte-americana, pois estes se confundem com sintomas, em particular com os sintomas objetivos (sinais), "embaralhando" conceitos (ver Fig. 9.2).

Para evitar essa confusão, é preciso que se tenha alguma familiaridade com a abordagem fenomenológica e existencial e suas controvérsias (Abbagnano, 1999; Andreasen, 1996, 1998, 2007; Berrios, 1984, 1993; Ghaemi, 2007; Huber, 2002; Kraus, 1994).

Embora o EEM não seja exatamente sinônimo nem de semiologia, nem de fenomenologia ou de abordagem fenomenológica, e menos ainda de psicopatologia, ele exige do estudante e depois do profissional conhecimentos mínimos dessas áreas. Uma delas, a *semiologia*, que, na linguística, é a ciência de todos os sistemas de signos, símbolos e de todos os sistemas de comunicação

TABELA 9.1
EEMs de Abuchaim [1958 até 1991], Osório [1991-2004] e Osório [2004-2014]

Atenção	*Consciência*	*Consciência*	Consciência
Sensopercepção	Atenção	Atenção	Atenção
Memória	Sensopercepção	Sensopercepção	Sensopercepção
Orientação	Orientação	Orientação	Orientação
Consciência	Memória	Memória	Memória
Pensamento	Inteligência	Inteligência	Inteligência
[incluído o juízo crítico]	*Afetividade*	*Afeto*	*Linguagem*
Linguagem	*[incluído o humor]*	*Humor*	Afeto e humor
Inteligência	Pensamento	Pensamento	Pensamento
Afetividade	*Juízo crítico*	Juízo crítico	Juízo crítico
Conduta	Conduta	Conduta	Conduta
	Linguagem	Linguagem	
Hierárquico e mnemônico, ASMOCPLIAC (Abuchaim, 1958)	Reordenamento hierárquico (Osório, 1991)	Mudança conceitual (Osório, 2004)	Reordenamento proposto em 2014. Bastante modificado em 2015.

FIGURA 9.2 / Critérios diagnósticos, fenômenos e sintomas "embaralhados".

social, antigamente era sinônimo de *semiótica* (de *semeion*, signo), o estudo científico das propriedades dos sistemas de comunicação, naturais ou artificiais; o campo da semiótica foi subdividido por Morris em semântica, pragmática e sintaxe, que se referem, respectivamente, às relações entre os signos e os objetos, entre os signos e seus intérpretes e às relações dos signos entre si (Abbagnano, 1999). De acordo com Houaiss e Vilar (2001), na medicina e em outras atividades clínicas, semiologia é o meio e o modo de examinar um paciente, verificando sinais e sintomas. O termo teria sido usado pela primeira vez na língua inglesa por Stubbes (1670), para indicar o ramo da ciência médica dedicado ao estudo da interpretação de sinais clínicos.[13] Semiologia não é sinônimo de EEM, porque além deste existem outras abordagens semiológicas, algumas delas denominadas "semiologias armadas" ou instrumentalizadas (testes, exames laboratoriais, etc.). Quanto ao alcance e aos limites dos instrumentos para avaliação neuropsicológica das funções executivas, Kristensen (2006) e Royall e colaboradores (1992) fazem alertas importantes já assinalados neste capítulo. *Recomendo sua consulta.*

O QUE É FENOMENOLOGIA OU ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA? O QUE É PSICOPATOLOGIA?

A descrição fiel das experiências internas ou subjetivas do paciente – a *fenomenologia* – foi aperfeiçoada por Jaspers (1985, 1997). Seu método *compreensivo* difere do utilizado na semiologia psicodinâmica, dirigido à compreensão no sentido de interpretação psicanalítica do significado inconsciente dos sintomas, na busca de uma *explicação*. Na psiquiatria, e também na psicologia, a fenomenologia transformou-se em outro *"embaralhamento" ou confusão conceitual*, sinônimo de psicopatologia e de sintomatologia descritiva – isto é, a observação e a categorização dos eventos psíquicos anormais, as experiências internas do paciente (delírios e alucinações, depressão e ansiedade) e seu comportamento observável (agitação psicomotora, catatonia). Ghaemi (2007) propôs que a fenomenologia seja levada mais a sério pelos psiquiatras, e, citando Binswanger, enfatizou como primeiro passo na entrevista o *comprometimento* com o paciente como pessoa, por meio de um processo em que se estabelece um contato afetivo e tenta-se *experienciar ou vivenciar* seus estados subjetivos. Jaspers (1985) teria denominado essa atitude de "penetração empática". Huber (2002) caracteriza a atitude fenomenológica proposta por Jaspers como uma articulação entre a capacidade de se comunicar com o paciente, por meio da *empatia*, e a capacidade de um distanciamento, por meio da *imparcialidade e da objetividade*.

Ao examinar uma consequência não intencional dos DSMs – *a morte da fenomenologia nos Estados Unidos* –, Andreasen (2007) analisa os diferentes significados daquela expressão até Jaspers, quando passou a indicar experiências subjetivas internas. Entretanto, lá e também aqui, *fenomenologia*, como escrito anteriormente, passou a ser quase sinônimo de semiologia descritiva, a base da nosologia psiquiátrica (o estudo das doenças e/ou transtornos mentais) e da nosografia com suas categorias diagnósticas ou classificações dimensionais (classificação e estatística dos transtornos mentais). Essa semiologia descritiva e objetiva é baseada em Kraepelin e nos neokraepelinianos dos DSMs: Goodwin e Guze (1984). Por isso o termo híbrido "descritivo-fenomenológico" parece mais correto para referir-se ao método de avaliação da psicopatologia, na sua acepção ampla, que inclui a descrição de sinais, sintomas, pensamentos e emoções e, ainda, vivências internas a eles subjacentes, empaticamente compreendidas pelo examinador.

No entanto, a fenomenologia relaciona-se e se complementa com as filosofias existencialistas de Kierkegaard, Husserl, Heidegger e Sartre (Abbagnano, 1999). Embora com diferenças, todas compartilham a ideia central da *análise do modo de ser do homem no mundo, em determinada situação*. Por essa análise, denominada *existencial*, entenda-se a análise, em termos de *possibilidades*, das situações mais comuns ou fundamentais em

[13] Stubbes (1670, p. 75) ". . . nor is there anything to be relied upon in Physick, but an exact knowledge of medicinal phisiology (founded on observation, not principles), *semeiotics*, method of curing, and tried . . . medicines".

que o homem vem a se encontrar, incluindo certos aspectos considerados "negativos" da experiência humana, como a dor, o fracasso, a doença e a morte, aspectos habitualmente excluídos das abordagens românticas do positivismo do século XVIII e do idealismo. Nos existencialismos, o homem nunca é infinito e nunca encerra em si a totalidade e, por isso, considera-se a *transcendência* (o ato de se estabelecer uma relação), sem que essa relação signifique unidade ou identidade, garantindo, assim, a alteridade, o reconhecimento do outro e da sua importância. É isso que viabiliza a percepção dos sintomas subjetivos pelo sujeito examinador na psicopatologia e semiologia compreensiva e fenomenológica de Jaspers, anteriormente caracterizadas. O leitor interessado nas controvérsias da fenomenologia na psicopatologia poderá buscar outras fontes, além das referidas, nos trabalhos comemorativos aos 100 anos da *Psicopatologia geral* de Jaspers.

O enfoque fenomenológico considera inseparáveis o sujeito e sua doença, ao mesmo tempo em que o examinador busca um retrato vivo e detalhado dos fenômenos e da pessoa que os apresenta. A questão da transcendência sugere pensar, em futuro próximo, no acréscimo do exame do significado e sentido da vida e da espiritualidade nas entrevistas clínicas. É oportuno lembrar que a autotranscendência – parte do modelo psicobiológico de Cloninger para a personalidade – pode ser conceituada como a capacidade de aceitar a ambiguidade e a incerteza, com aceitação espiritual e identificação com o mundo mais amplo.

Afeto e humor no exame, ou semiologia das emoções e dos sentimentos

A proposta de uma diferenciação entre afeto e humor já havia sido feita por Osório (2003, 2004). Mas a constatação do quase abandono da área das emoções – e/ou dos afetos e sentimentos –, ao serem examinados em trabalhos publicados que abordam o EEM, justifica uma consideração adicional. Bear e colaboradores (2002, p. 618), ao examinar a linguagem, declaram que ". . . todas as linguagens transmitem as sutilezas da experiência emocional e da expressão das emoções humanas".

Cabe ao estudante ou profissional, na condição de interlocutor, quando realiza o EEM, ". . . buscar, seguir e responder às emoções e áreas de interesse do paciente, carregadas emocionalmente" (Strauss, 1995). Para Strauss (1995), não proceder assim seria a insuficiência mais comum observada nos candidatos aos exames orais do American Board of Psychiatry and Neurology dos Estados Unidos.

De acordo com Osório, Goldim, Albrecht, Machado e Eizirik (2006), encontram-se – no campo das emoções, dos sentimentos, dos afetos e do humor – erros de tradução de idiomas, ambiguidades e confusões conceituais semelhantes aos observados em outras áreas da psicopatologia e da psiquiatria; nestas, os exemplos podem ser a *incoerência* (diferente da desagregação do curso do pensamento), a *confusão mental* e o *estupor* (ora considerado alteração da consciência, ora da conduta ou da psicomotricidade, dependendo das fontes consultadas). Alguns erros devem-se a problemas relacionados ao uso e à tradução de termos. Algumas confusões se devem ao peso da tradição: afeto e humor não teriam diferenças essenciais, o humor corresponderia ao clima (condições gerais, longo prazo); o afeto, ao tempo (condições específicas, em dados momento); o humor seria interno, subjetivo; o afeto seria externo, observável, de acordo com muitos textos de semiologia psiquiátrica. Entretanto, contrariando traduções e tradições, uma pessoa pode andar "alegre *e* contente", "triste *e* desgostosa" ou "envergonhada *e* culpada", mas, em cada par dessas emoções, não se está lidando com sinônimos: alegria *e* contentamento, tristeza *e* desgosto, vergonha *e* culpa, podem, naturalmente, andar juntas sem serem equivalentes. O paciente não precisa ser alexitímico ou aprosódico para não ser capaz de reconhecer sentimentos, discriminar uma emoção da outra ou expressar suas emoções, mas é melhor que o examinador desenvolva as suas próprias competências, emocional e linguística, para captar as nuanças e sutilezas dos diferentes estados emocionais – seus e do próprio paciente. Isso requer bem mais do que a capacidade de empatia, de uma boa teoria da mente e da integridade anatômica do cérebro do estudante ou do profissional.

Há um contraste notável entre a abundância de publicações na imprensa leiga sobre o tema amor e/ou ódio, e a relativa escassez de publicações científicas sobre esses temas. Nas bem conhecidas edições do Kaplan & Sadock, tornaram-se cada vez mais raros os temas amor e ódio, simbolismo e criatividade, apesar da existência de muitas linhas no tema da violência.

A QUESTÃO DAS CORRENTES OU ESCOLAS DE PENSAMENTO, MODELOS OU PARADIGMAS

Que peso têm tido as diferentes correntes ou escolas de pensamento psicológico na minimização da importância do EEM? Será que a clínica humanística, centrada na pessoa (Maslow e Rogers) não tornaria dispensável a suposta *rotulação* na identificação e nomeação dos sintomas? Será que a clínica dirigida à compreensão das vicissitudes das pulsões, dos conflitos, das relações de objeto (Freud e Klein) e do *self* (Winnicott e Kohut) não dispensaria a "estéril e fastidiosa" tarefa de caracterização dos sintomas e síndromes? Será que não seria suficiente ir diretamente ao diagnóstico do transtorno mental por meio de "tabelinhas", *checklists* de critérios diagnósticos ou escalas e logo escolher os medicamentos, no enfoque psicofarmacológico? Não bastaria identificar um ansioso, um fóbico ou um obsessivo para logo indicar abordagens cognitivo-comportamentais? Se não existem *eventos mentais*, *apenas* eventos neurais ou cerebrais, para que um EEM? Para que identificar a patologia individual se o paciente pertence a uma família disfuncional em que uma terapia familiar sistêmica corrigiria essas disfunções? Em resumo, se a formação profissional fica dirigida ao *que fazer* com o paciente, não há muito lugar para aprender a reconhecer o que o paciente de fato está apresentando em cada uma das funções mentais ou psíquicas.

Nos antigos cursos de Especialização em Psiquiatria na Divisão Melanie Klein do Hospital São Pedro, os estudos de caso exigiam um cuidadoso exame descritivo-fenomenológico, logo seguido de supervisão. Mais tarde, entre 1975 e 1980, segui essa orientação nas disciplinas de Psicologia Clínica e Aconselhamento Psicológico e na Supervisão de Estágios de Psicopatologia e de Psicologia Clínica na Unisinos. Revisando estudos de caso, identifiquei alguns erros meus no ensino e na supervisão nesse período, em que o mais notável foi não reconhecer que uma pessoa poderia ter transtorno bipolar *sem sintomas psicóticos*: ainda pesava, nos anos 1970, a tradição do nome da entidade "psicose maníaco-depressiva" (PMD), adotado nas antigas classificações, em particular na *Classificação internacional de doenças* (CID-9).

O fato de que psiquiatras e psicólogos fazem, na maioria das vezes, sua aprendizagem em contato com pacientes bipolares internados em hospitais psiquiátricos é responsável, em parte, por esse erro, pois muitas pessoas com o transtorno são ambulatoriais e sem períodos psicóticos. Esse exemplo serve de alerta: o EEM requer aprofundamento e estudo em mais de uma fonte, desde as mais antigas e clássicas (Kraepelin, Bleuler, Jaspers e Schneider) até livros-texto e trabalhos contemporâneos.

Também pode-se dizer que, embora descritivo e observacional, o EEM deve ser *dinâmico* em vários sentidos, incluindo as consequências práticas do aforismo "vemos o que sabemos", de Goethe: não se reconhece um sintoma se não o conhecemos por descrição e experiência prática. Se um examinador *não sabe* que existem parafasias e jargonofasias no discurso de um paciente com lesão orgânica, como no caso da doença de Creutzfeldt-Jakob, ele poderá confundir as alterações do curso e do conteúdo do pensamento nela presentes com desagregação e neologismos, a não ser que estranhe – e com razão – o aparecimento de esquizofrenia depois dos 75 anos, como ocorreu em uma avaliação clínica de paciente no consultório nos anos 1990. Se o profissional não sabe que a desinibição pré-frontal produz uma síndrome maníaca, ele também estranhará dois "surtos maníacos" aos 80 anos, sem história pessoal ou familiar de transtorno bipolar, mas com cirurgia cardíaca recente. E, mais importante ainda, o EEM não pode excluir (como vinha acontecendo em roteiros tradicionais e alguns livros) o exame da conação, das forças consideradas motivacionais, não somente nos modelos psicodinâmicos (psicanalíticos).

O que se espera hoje de um estudante e profissional da área da saúde mental ao entrevistar uma pessoa para fins de exame do estado mental?

Espera-se que o estudante ou profissional da área da saúde mental seja capaz de ter empatia com a pessoa em exame e com os seus sofrimentos, em uma relação de confiança mútua, de modo que o examinado coopere no fornecimento de dados relevantes e que os sintomas sejam eliciados, e não induzidos ou "forjados" pela técnica da entrevista de "colheita de dados" e/ou pelo modelo teórico conceitual (McHugh, 2005; Othmer & Othmer, 1989). Em uma relação artificial e mecânica, o entrevistador limita-se a perguntar se o paciente tem ou não determinados sintomas e se preenche ou não os critérios para uma classificação diagnóstica.

REORDENAMENTO ATUALIZADO E DINÂMICO DO EXAME DO ESTADO MENTAL AO LONGO DO CICLO VITAL

O EEM deve seguir o método clínico-científico muito bem delineado por Feinstein (1967), que sublinhou a importância decisiva de separá-lo em três etapas: 1) descrição dos fenômenos clínicos, queixas subjetivas e sinais aparentes; 2) nomeação ou designação; 3) formulação do diagnóstico.

Um erro comum, tanto de estudantes quanto de profissionais induzidos (ou seduzidos) pelas escalas e pelos *checklists*, é praticamente inverter a sequência: um médico vê "palidez" e já a chama de anemia (diagnóstico precipitado); um especialista em saúde mental ouve o paciente "falar sem nexo" e já intui esquizofrenia, nomeando o "falar sem nexo" como desagregação (duas nomeações precipitadas); outro identifica desatenção e hiperatividade e rapidamente diagnostica TDAH; e, por fim, um examinador pergunta para o examinando se o seu quadro clínico preenche ou não os critérios diagnósticos. Esses são julgamentos ou conclusões a que o examinador chega depois de ter descrito e identificado acuradamente os sintomas subjetivos e objetivos presentes no exame de cada uma das funções mentais.

Neste capítulo, embora mantendo o exame das "clássicas" funções mentais, decidi, dada a importância clínica das *funções cognitivas executivas*, não suficientemente contempladas no MEEM ou em muitos esquemas do EEM disponíveis na literatura, fazer sua inclusão em um novo reagrupamento. Decidi também respeitar as considerações conceituais e as propostas práticas de Pine e colaboradores (2011) para o DSM-5: levar em conta as perspectivas desenvolvimentais na psicopatologia e, por isso, a continuidade de muitos transtornos mentais desde a infância até a vida adulta, apesar da heterogeneidade das suas manifestações clínicas. Nas palavras desses autores, "os clínicos devem se familiarizar com as diferentes maneiras nas quais o desenvolvimento pode afetar a apresentação de muitos transtornos". Por isso, respeitadas as diferenças, o EEM da infância e adolescência não foi separado do EEM da vida adulta, "com a ressalva de que este não é um capítulo sobre o exame psiquiátrico como um todo, nem mesmo de adultos". Os textos de King, Schwab-Stone, Thies, Peterson e Fisher (2009) e Egger (2009), e o bem mais recente texto de Sadock, Sadock e Ruiz (2015) foram escolhidos para selecionar algumas observações específicas sobre o EEM na infância e adolescência, indicando-se os mesmos para o não especialista nessa faixa etária. Para considerar como sintomas os dados semiológicos no EEM de uma criança, o clínico deve estar apto a diferençar as dificuldades normativas dos problemas clínicos relevantes, o que pressupõe conhecimentos não superficiais do desenvolvimento infantil. Talvez essa extensão do exame tenha requerido, também, a inclusão da área da interação social, dependente do desenvolvimento da teoria da mente e da empatia, entre outras competências. No caso de adultos, embora existam vários bons livros-texto de semiologia e psicopatologia, Dalgalarrondo (2000), Bastos (2000) e Hamilton (1974) são bastante didáticos. Uma recente edição do livro de Oyebode (2015), o capítulo sobre Motivação de Gazzaniga e Heatherto (2005) e os dicionários de Moore e Fine (1992) e Hans (1996) facilitaram compor o item da conação, que passa a ocupar o seu merecido lugar: uma posição destacada no EEM, articulado com as funções executivas e com a ação, conduta e praxias, entre outras funções. A nova edição do Sims foi valiosa também na listagem de alterações na área da consciência do eu ou *self*.

A partir dessas considerações, segue-se o roteiro nesta nova proposta do EEM:

Aparência do examinado: observação cuidadosa e registro adequado da aparência do examinado (vestuário, adereços, tatuagens, cuidados pessoais, relação idade real/aparente, atitude diante do examinador). Circunstâncias do exame (finalidades, local, duração, etc.). Particularmente no caso de crianças, considerar o seu "olho no olho", as suas interações sociais e afetivas com o examinador e os cuidadores, os efeitos da separação e da reunião na sala de consulta, além do aspecto físico (estatura, circunferência cerebral, estado nutricional, etc.). Em todas as etapas do ciclo vital, considerar como a pessoa chega ao examinador, os seus cuidados na seleção do profissional, os motivos e motivações para a procura, seus planos e suas expectativas (mágicas? realísticas?), considerações práticas de tempo e fontes de pagamento para a avaliação e o tratamento. Alguns desses dados já aparecem no telefonema ou no contato via redes sociais para combinar a primeira consulta. Particularmente nessa área, como também no caso de alterações de afeto e humor, as informações prestadas por familiares ou cuidadores – e professores no caso de crianças – são relevantes e muitas vezes indispensáveis e

decisivas, mas o examinador não pode fazer vista grossa para os efeitos do ponto de vista de quem informa esses dados.

A rigor, pode-se começar o EEM por qualquer um dos módulos ou domínios do diagrama *shifting gears* (Fig. 9.3), que sintetiza as "articulações em movimento" entre as funções. Decidi, *nesta redação*, começar com o módulo da consciência, situado à direita no diagrama baseado em Kernberg (1995) e, agora, inspirado em Cabaniss (1998). Esta autora usou a metáfora da "mudança de marcha na caixa de câmbio" para caracterizar a atitude durante o processo terapêutico envolvendo psicoterapia psicanalítica e psicofarmacoterapia, em que é essencial a *liberdade com limites* para usar ora um, ora outro modelo de mente, na tentativa de avaliar melhor o paciente e conduzir seu tratamento. Para isso, não basta que o(a) psicoterapeuta seja versado em diferentes modelos: é preciso que seja flexível o suficiente para *transitar entre eles durante a avaliação*,[14] a formulação de caso e a indicação de tratamento (Souza, Osório, & Fleck, 2015).

1. Consciência e sono: *consciousness* é um termo ambíguo, com diferentes definições, conceitos e significados, entre eles: 1) estar acordado, vígil, alerta, capaz de perceber, interagir e se comunicar com o ambiente e com as pessoas, de maneira integrada (*wakefulness*) e suas alterações: sono, coma, estado vegetativo, anestesia, efeitos de drogas; 2) significado mais interno, experiência subjetiva (*awareness*), consciência/conhecimento de qualquer conteúdo ou evento mental, como crenças, esperanças, medos, intenções, desejos, expectativas, etc. Zeman (2001, 2005) e Zeman e Coebergh (2013) alertam que, embora costumeiramente paralelos, esses dois tipos de consciência podem andar separados: há estados vegetativos com "*wakefulness without awareness*", isto é "consciência sem consciência de conteúdos mentais"; em sonhos estou dormindo mas consciente (*aware*) em algum grau; seu último exemplo é o da "síndrome do encarceramento", examinada mais adiante.

Zeman (2001,2005) e Zeman e Coebergh (2013) assinalam que "*self-consciousness*" – "consciência do *self*" – também é um conceito multifacetado: 1) tendência a se sentir constrangido na presença de outros, quando o sujeito está consciente (*aware*) de que a consciência (*awareness*) dos outros está dirigida a ele; 2) "*self-detection*" ou "*self-perception*": a mais simples consciência, detecção ou percepção de um inseto caminhando na minha mão; informações proprioceptivas de posições corporais (autoimagem); percepção das ações realizadas (permitindo a mim o senso ou sentimento de ser agente); percepção de estados corporais (fome, sede) e de estados emocionais, como medo, afeto/afeição (influindo nas relações interpessoais); 3) automonitoramento do passado e do presente, com predição de futuros comportamento e experiência; 4) autorreconhecimento: "este corpo é meu" (p. ex., no espelho); 5) "*self-consciousness as awareness of awareness*" ("consciência da consciência dos outros"): ver teoria da mente, na interação social; 6) como autoconhecimento, "eu como personagem central ou herói da minha própria narrativa", presente nos autorretratos e nas autobiografias, talvez uma extensão do senso de ser agente. Assim, nesse campo de tantas controvérsias e complexidades, teria sentido excluir o exame da consciência do eu ou do *self* do exame, por sua falta da objetividade tão presente na outra área da consciência?

Avaliar se o paciente está com clareza da consciência, lucidez (acordado, em vigília), ou há obscurecimento ou turvação da consciência: graus do obscurecimento: obnubilação, sonolência, confusão mental marcada pela desorientação auto e alopsíquica; estupor, marcado pela falta de reação ao ambiente; torpor e coma em seus diversos níveis. O coma é diferente do "*locked-in state or syndrome*" ou "síndrome do encarceramento", já referida e mostrada em *O escafandro e a borboleta*, filme baseado no livro e na história real de Jean-Dominique Bauby, que, aos 43 anos teve um acidente vascular cerebral (AVC) que atingiu seu tronco cerebral.

Outros estados da consciência são o *delirium*, reação confusa, inquieta, com desorientação, associada a medo e alucinações, diferente de delírio (perturbação do conteúdo do pensamento); o estreitamento da consciência, estado crepuscular, com alucinações. Síncope e desmaio, convulsões epiléticas e crises dissociativas, por exemplo, podem não estar presentes durante o exame, mas nos últimos 30 dias, por isso devem ser considerados no EEM.

Alterações na consciência do self: avaliar o senso de identidade do eu, o sentimento de

[14] Esse tipo de flexibilidade no processo terapêutico e na avaliação diagnóstica por meio do EEM é uma das muitas diferenças entre o mundo da clínica e o mundo da pesquisa.

consciência de existência pessoal, o sentimento de atividade do eu, a consciência ou reconhecimento das fronteiras ou limites eu-não eu, a autoimagem, o autoconceito e a imagem/esquema corporal. Despersonalização. Desrealização. Distúrbios da sugestibilidade (compartilhamento de sintomas psicóticos, na *folie à deux, à trois, à plusieurs*). Hipnose (modificação da consciência artificialmente induzida). Autoscopia, heautoscopia (*Doppelgänger*). Sentimentos de presença de outra pessoa. Estados de possessão. Personalidade múltipla (identidade dissociada). Hipocondria. Conversão. Dissociação. Dismorfofobia (que não é um medo de deformidades físicas) e outras perturbações da imagem corporal, entre elas as presentes em transtornos da alimentação (anorexia nervosa). Dismorfia muscular. Membro-fantasma (Oyebode, 2015).

Avaliar o sono, se profundo ou superficial com ou sem sonhos ou pesadelos: considerar os *distúrbios do sono*: sonolência, hipersonias, insônias; distúrbios respiratórios associados ao sono (apneias e outros distúrbios); narcolepsia, cataplexia; distúrbios do ritmo circadiano (*jet lag* e outros); terrores noturnos, sonambulismo e outras parassonias; distúrbios do movimento relacionados ao sono (síndrome das pernas inquietas e outros).

2. Atenção: função mental na fronteira entre o domínio da consciência, sensações e orientação. Considerar a intensidade da atenção e sua direção para o exterior (outras pessoas, ambiente, etc.) ou para dentro (si-mesmo, próprio corpo, a própria pessoa); vigilância (hipovigilância ou hipervigilância); concentração (diminuída ou aumentada); hipoprosexia, hiperprosexia; aprosexia; disprosexia; distraibilidade, desatenção seletiva (bloqueio seletivo daquilo capaz de gerar ansiedade). A pesquisa em neurocognição apontou para novos conceitos nessa área (Whitbourne & Halgin, 2015), entre eles a capacidade de manter a atenção em uma tarefa por longos períodos ("atenção contínua ou sustentada"); a atenção seletiva e a atenção dividida, que é a capacidade de prestar atenção a duas ou mais tarefas ao mesmo tempo.

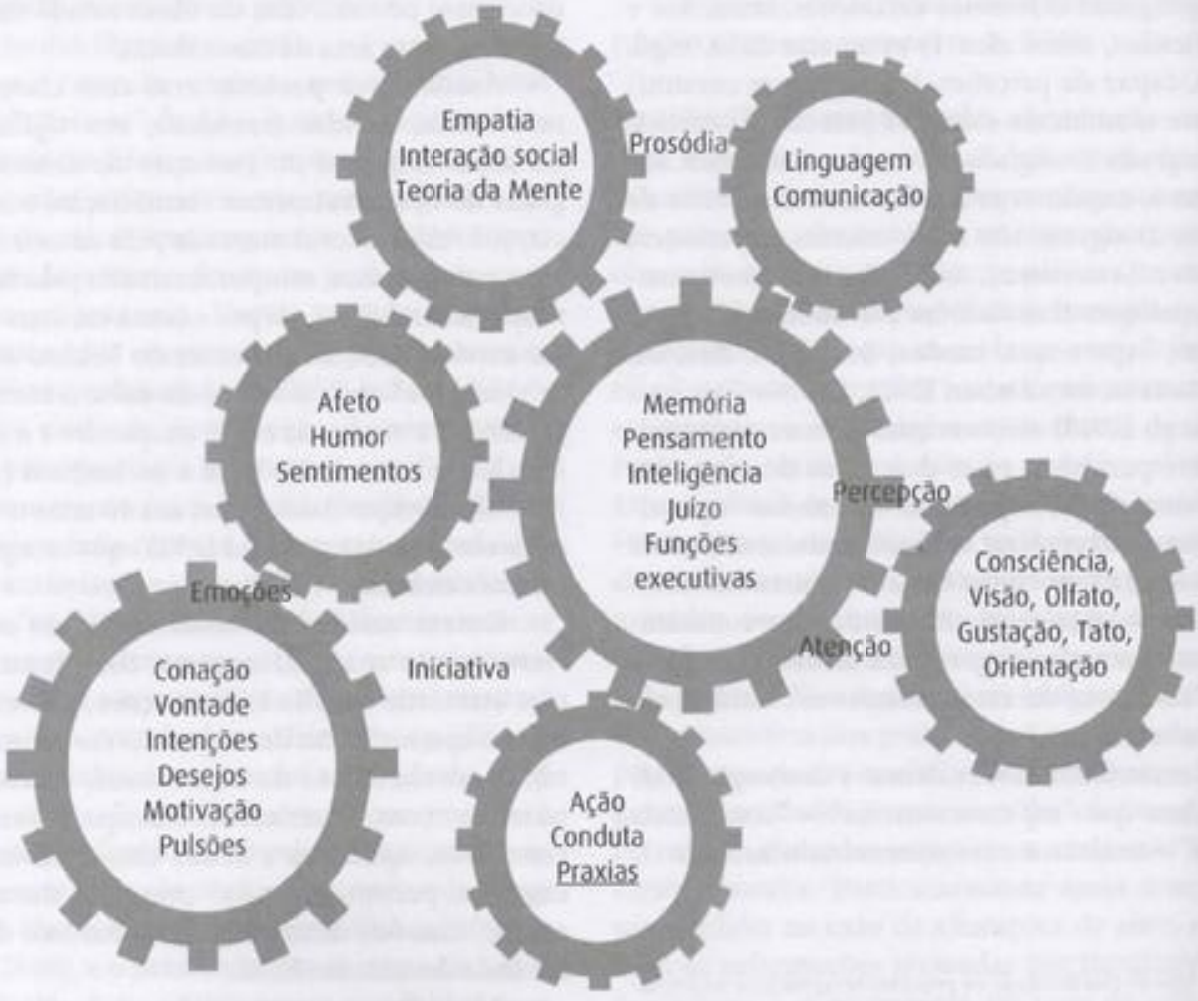


FIGURA 9.3 / Diagrama *shifting gears* do EEM.

3. Sensação e percepção: o termo sensopercepção pode sugerir que essas duas funções são indissociáveis, quando não o são. A percepção é uma função cognitiva que articula esse domínio – junto com a atenção – com a área da consciência. Sensação é a área das sensações visuais, auditivas, olfatórias, gustativas e táteis. Considerar os distúrbios quantitativos (intensidade: aumento ou diminuição das sensações); as modalidades sensoriais afetadas ou não; os distúrbios qualitativos (ilusões, alucinações verdadeiras e pseudoalucinações); as diversas agnosias (incapacidade de reconhecer e interpretar o significado das impressões sensoriais). Anestesia histérica, perda da visão – e outras perdas de modalidades sensoriais – resultantes de conflitos emocionais. Macropsia e micropsia. Na infância, algumas alucinações visuais e auditivas são fenômenos transitórios, não significando psicose, embora mereçam seguimento (Egger, 2009; King et al., 2009; Sadock et al., 2015).

4. Orientação: desorientação autopsíquica (pessoa, identidade completa, situação, incluindo *insight* quanto à situação saúde/doença) e desorientação alopsíquica (outras pessoas, tempo – hora, dia, estação, mês e ano – e espaço, lugar). Não espere que crianças pequenas saibam datas e outras informações cronológicas.

Relembrando o diagnóstico sindrômico, se (e quando) essas quatro primeiras funções estão alteradas em conjunto, pensar na possibilidade de um quadro de *delirium*, uma urgência médica que determina – na maioria das vezes – uma internação hospitalar, muitas vezes em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), por risco de complicações ou morte, dependendo da etiologia.

5. Memória: a memória tem uma posição importante nas funções cognitivas (Lezak et al, 2012). Divide-se em memória explícita ou declarativa, acessível à consciência (semântica, autobiográfica), e implícita ou não declarativa (procedural e específica). Considerar o registro, memória de curto prazo (imediata e "*rehearsal*", ensaio); memória de longo prazo ou secundária/aprendizagem, aquisição e armazenamento de novas informações via consolidação. Memória recente, de dados armazenados nas últimas horas, dias, semanas ou alguns meses. Memória remota, de dados mais antigos, desde a infância. Reconhecimento ("A capital da Suécia é Helsinki, Oslo ou Copenhague?") é diferente de recordação, relembrar ("Qual é a capital da Dinamarca?"). Fenômenos tipo *déjà vu, jamais vu, déjà-entendu*, etc.; ilusões de memória, falso reconhecimento, falsificação retrospectiva; hipomnésia e hipermnésia; dismnésia; amnésia anterógrada (de novas experiências, a mais comum, marca no Alzheimer e outras demências) e amnésia retrógrada (de eventos precedendo uma lesão cerebral traumática, p. ex.). Amnésia lacunar; paramnésias, confabulação. O examinador deve considerar que pode haver prejuízos da memória sem os concomitantes prejuízos na inteligência.

6. Inteligência e aprendizagem: no domínio central do diagrama; avaliar o raciocínio, a resolução de problemas, o pensamento abstrato, o juízo/julgamento, a aprendizagem escolar e acadêmica, e a aprendizagem pela experiência; inteligência não desenvolvida: deficiência intelectual limítrofe, leve, moderada, grave e profunda; inteligência perdida: demência; pseudodemência. É importante o examinador aprender a ter uma impressão clínica da inteligência antes mesmo de um eventual teste psicológico. Considerar as várias críticas ao conceito e utilização de medidas de QI, entre elas a de Gould (1981/ 1991) e a de Lezak e colaboradores (2012), que entendem seus escores como conceitualmente sem sentido e o QI como um conceito enganador. O nível de escolaridade, a riqueza e adequação do vocabulário, o raciocínio do paciente durante a entrevista e os seus interesses, além da sua capacidade de aprender com a experiência, podem dar boas indicações. Considerar que um estudante pode ter dificuldades em matemática por suas dificuldades no gerenciamento dos seus bons recursos intelectuais.

7. Pensamento: o pensamento encontra-se no domínio central do diagrama; avaliar a *produção* lógica ou mágica, psicótica; no *curso*, examinar *velocidade* e o *modo* de associar as ideias; a capacidade de chegar ao fim do discurso e a expressão do pensamento; fuga de ideias; incoerência, senso lato, bem diferente da desagregação, uma forma bem específica de incoerência, com "frouxidão semântica" (Osório et al., 2006); bloqueios de pensamento; perseveração; prolixidade, vagueza ou vaguidade; reticência; estereotipias; circunstancialidade; tangencialidade; "salada de palavras" (que corresponde à jargonafasia, não à desagregação, como indicam alguns textos de psicopatologia); respostas irrelevantes; no *conteúdo das ideias*, examinar os interesses, as preocupações

e as ideias supervalorizadas; ideias delirantes ou delírios (diferente de *delirium*); delírios sistematizados ou não sistematizados; delírios primários ou secundários a alucinações; tipos: de grandeza, paranoides, hipocondríacos, somáticos, de negação, etc. Fobias, ideias obsessivas e ideias de suicídio são também perturbações do conteúdo do pensamento. De acordo com Sadock e colaboradores (2015), se a criança é suficientemente verbal para compreender as perguntas e suficientemente amadurecida para compreender o conceito, ela pode – e deve – ser indagada quanto à ideação suicida, pois existem tentativas de suicídio na infância, não somente na adolescência. Na infância, deve-se considerar o que é esperado nos processos de pensamento do ponto de vista desenvolvimental. Por exemplo, nem todas as fobias infantis indicam patologia (Pine et al., 2011).

8. Juízo crítico e *insight*: o juízo crítico e o *insight* encontram-se no centro das funções cognitivas; avaliar se preservados ou não (diminuição ou perda parcial ou completa/ausência). Tanto em adultos quanto em adolescentes e crianças, a compreensão do examinado e suas expectativas quanto ao processo de avaliação e tratamento podem ajudar o entrevistador a avaliar o juízo crítico e o *insight*. Ele se altera principalmente nas psicoses, nas demências e nas deficiências intelectuais, bem como na síndrome maníaca, mesmo sem psicose.

9. Funções executivas (FEs): junto com as outras funções cognitivas, as FEs ocupam o centro do diagrama das "articulações em movimento". Já nas primeiras entrevistas de avaliação, alguns dados podem oferecer "pistas" quanto à maneira do examinado "gerenciar" sua vida. Por exemplo, uma pessoa aparentemente sem dificuldades intelectuais, culturais ou de memória, mas que na terceira ou quarta consulta ainda se confunde quanto ao local e horário. Avalia-se a iniciativa, a análise de informações, o planejamento e sequência de ações, a tomada de decisão diante de tarefas que demandam escolher entre alternativas, a implementação dessas decisões e o monitoramento ou supervisão de atividades dirigidas a propósitos/objetivos, além da flexibilidade mental diante de conceitos diferentes, tarefas ou regras e, ainda, a inibição de respostas automáticas. São funções que dependem do recrutamento de outras funções, como a atenção e a memória de trabalho, sendo essa um sistema de processamento ativo, encarregado de manter as informações *on-line*, para uso na solução de problemas, raciocínio e compreensão.

Considerar na avaliação: 1) os mais simples *cuidados pessoais e domésticos diários* (higiene pessoal, uso de medicamentos, etc.); 2) as *atividades instrumentais*: tarefas domésticas (arrumar a casa, preparar os alimentos, incluindo o uso de micro-ondas e outros acessórios da cozinha, levando em conta os interesses, as necessidades e os costumes pessoais e os aspectos culturais e desenvolvimentais); compras, incluindo a capacidade de selecionar os estabelecimentos para os itens, de escolher suas próprias roupas, de acordo com seu estilo pessoal, interesses, necessidades e recursos; lidar com meios de comunicação (rádio, TV, telefones, celulares, computadores, também com as ressalvas em relação às novas tecnologias e aos hábitos pessoais) e meios de transporte (seleção dos meios e das rotas, com capacidade de articular tempo, velocidade e espaço); lidar com os recursos financeiros e despesas (orçamento doméstico; administrar e/ou acompanhar contas bancárias e investimentos); 3) até as mais complexas atividades, como escolha e organização dos estudos, carreira, trabalho e profissão (incluída a previsão da aposentadoria) e os cuidados com o corpo e com a saúde. Exemplos: uma dona de casa que perdeu a capacidade de lidar com o micro-ondas; um empresário que deixou de saber escolher horários e meio de transporte adequado para chegar a tempo para uma importante reunião de negócios; um homem que opera na bolsa de valores como um jogador e não como um investidor. Considerar que essas funções estão ainda em desenvolvimento na infância e adolescência (Kristensen, 2006; Lezak, 1982; Lezak et al., 2012; Royall et al., 2002).

Existem instrumentos específicos para caracterizar déficits executivos, como os testes Wisconsin, Stroop, Fluência Verbal, e Executive Interview, EXIT-25, de Royall e colaboradores (1992). Talvez este seja o momento para desenvolver uma entrevista para anamnese, obtenção da história clínica e avaliação do EEM, capaz de oferecer subsídios importantes para o examinador suspeitar de disfunções executivas em diversos graus e em diferentes patologias e não apenas em transtornos mentais graves como a esquizofrenia, ou bem definidos como o TDAH e as lesões de lobo frontal.

Dois casos são bem ilustrativos: o de Phineas Gage, na metade dos anos 1800, e o de um médico,

por volta dos anos 1990. O primeiro é bem relatado em vários textos de neurociência: uma barra de ferro atravessou o cérebro de um especialista na explosão de rochas para a construção de estradas de ferro nos Estados Unidos. O segundo é descrito por Lezak e colaboradores (2012): um elegante e bem-sucedido cirurgião sofreu uma hipoxia durante um procedimento cirúrgico a que se submeteu. Embora sem prejuízos intelectuais, ele perdeu a capacidade de operar, passando a trabalhar como motorista do irmão, deixando de comprar ele mesmo suas roupas e somente indo a atividades de esporte e lazer (caça e pesca) se convidado. Alimentava-se provavelmente de congelados ou similares, perdendo a capacidade de compor uma refeição, mesmo simples. Perdeu a iniciativa. Os dois especialistas tornaram-se "outras pessoas" após os acidentes.

Na entrevista, deve-se considerar também o grau ou quantidade de esforço exercido pelo sujeito ao focalizar certos aspectos da experiência (a própria entrevista, leituras, etc.) e o grau de dificuldade para ter iniciativa, identificar e lidar com situações novas, oportunidades e obstáculos, todos requerendo flexibilidade cognitiva para mudar recursos e estratégias; avaliar como o examinado lida com as ambiguidades, contradições e paradoxos em si mesmo, nos outros e na própria cultura.

10. Linguagem e comunicação: articuladas com outras funções cognitivas, em especial a memória e o pensamento. Examina-se a linguagem verbal (falada, espontânea e em resposta; linguagem escrita) e não verbal (expressões faciais, mímica e gestos). A comunicação e a linguagem têm, além dos componentes cognitivos, importantes componentes afetivos: as capacidades para a compreensão e a expressão das emoções e dos sentimentos – prosódia, aspectos afetivos e não verbais da linguagem e comunicação – são fundamentais para comunicação, interação social e relações intersubjetivas e indispensáveis para o uso e compreensão de metáforas, alegorias e ambiguidades (Ramachandran & Blakesle, 2002). É importante lembrar que a linguagem verbal tem quatro componentes: semântico (sentido/significado), gramatical (sintaxe e ortografia), pragmático (valor de uso social, contextual) e prosódico (*voz, melodia*). *No caso de crianças, considerar* a adequação para a idade, a eventual disparidade entre a recepção e a expressão, o histórico desenvolvimental e a possibilidade de déficits auditivos interferindo no desenvolvimento da fala. Considerar o ritmo, a inflexão e a fluência do discurso, avaliar a sintaxe e o vocabulário; avaliar o uso dos pronomes e do gênero (Egger, 2009; King et al., 2009; Sadock et al., 2015).

Alguns distúrbios da linguagem decorrem de alterações do pensamento; algumas perturbações são de origem central e outras, ainda, de origem periférica (aparelho fonador). Alterações do tom de voz e da melodia da linguagem (prosódia) resultam em prosódias e disprosódias (por isso, no diagrama, a *prosódia* articula esse módulo com a interação social). Outros sintomas são neologismos ativos ou passivos, dislalias, alexia e dislexia ("cegueira verbal", "incapacidade para a leitura"), agrafias, disgrafias, disortografias, taquilalia, bradilalia, mutismo, logorreia, tartamudez, etc. Deve-se avaliar a riqueza ou pobreza do vocabulário e as idiossincrasias. Considerar se existem afasias e parafasias, incluindo a jargonofasia, já confundida, mesmo em bons textos de semiologia, com desagregação e "salada de palavras". Em crianças, a ecolalia, as repetições estereotipadas e a sintaxe não usual são dados semiológicos importantes. Deve-se considerar os aspectos desenvolvimentais no caso de dislalias e gagueira na infância.

11. Interação social: articulada com vários domínios (afetos, funções cognitivas, linguagem, etc.). Lucinha é uma menina de 6 anos que ganhou um presente de aniversário de sua tia e madrinha, de quem ela gosta muito. No entanto, ela não gostou do presente. Qual seria a sua reação? Diria algo desagradável? Como um menino da mesma idade reagiria? Em outra situação, Fernando, Maria e Izabel trabalham juntos em uma mesma empresa. Os dois primeiros estiveram casados durante mais de 20 anos. A separação foi tumultuada e o divórcio litigioso, com acusações mútuas. Há dois anos Fernando e Izabel estão em um novo relacionamento amoroso. Na comemoração relativa à promoção de Izabel a gerente de setor, Fernando caracteriza sua atual companheira como "a mulher da sua vida", com rasgados elogios, para a surpresa e o espanto da ex-mulher, Maria, que está a bem poucos metros de distância, e também dos colegas de trabalho que acompanharam o primeiro casamento e a separação. Alguns atribuiriam *essas "gafes sociais" (fauxpas) a déficits na empatia.* Teoria da mente é a capacidade de atribuir estados mentais a outros; empatia é a capacidade de inferir experiências emocionais. De acordo com Zeman

e Coebergh (2013), é a teoria da mente que facilita o maquiavelismo nas relações pessoais, grupais e institucionais, pela percepção dos desejos e das crenças dos outros. Ambos – empatia e teoria da mente – são importantes na cognição social, inclusive na compreensão de enredos de filmes, contos e romances, e, consequentemente, na interação social. Fazem a ponte entre o módulo afetivo e o domínio cognitivo-executivo no diagrama proposto. Wheatley e Martin (2009) sinalizam os limites da pesquisa nesse campo por conta da tradição de considerar as pessoas como unidades isoladas, separadas do contexto social. Nos consultórios, ambulatórios e hospitais, a dupla examinador/terapeuta-paciente está em melhor situação para avaliar déficits na teoria da mente em si mesmo, no paciente e nas pessoas dos seus relacionamentos. Para aqueles autores, um dos mais importantes recursos do cérebro social – nossa capacidade para atribuir estados mentais a outros, buscando prever as suas ações – está comprometida no caso de autistas e em outras situações clínicas. Para a compreensão das emoções, dependemos também do reconhecimento das expressões emocionais faciais (Darwin, anos 1870, Ekman, anos 1960), do reconhecimento da "melodia da linguagem" ou prosódia, um aspecto da linguagem não verbal, importantíssimo na comunicação humana e, ainda, da ausência da alexitimia, que é a incapacidade de "ler" os nossos próprios sentimentos (p. ex., tristeza) e de distingui-los de sensações (frio ou fome). Em nossas interações sociais, dependemos também de responder adequadamente aos sinais sociais, por meio da autorregulação e, na comunicação e linguagem, da pragmática, um dos campos da semiótica, ao lado da semântica e da sintaxe. Não basta saber o que dizer e o que fazer, é preciso saber quando e como, nas palavras dos autores citados. Para isso, é preciso identificar e seguir as "dicas", "deixas" ou pistas sociais.

É no transtorno da personalidade antissocial ou na "psicopatia" que se torna bem visível uma dissociação na coexistência da capacidade de identificar e perceber as regras sociais – daí o *charme* de alguns "sociopatas" ou "psicopatas" e sua capacidade de manipular pessoas e grupos – e a falta de uma experiência afetiva normal (empatia) adequada. O contraponto dessa dissociação está na reação da sociedade diante do criminoso: ódio e admiração. Wheatley e Martin (2009) ilustram essa dissociação no caso de Theodore Robert Cowell ("Ted Bundy", 1946-1989), um *serial killer* norte-americano dos anos 1970. Depois de vários assassinatos, ele declarou: "Eu não sei por que as pessoas querem ter amigos. Eu não sei o que torna as pessoas atraentes umas para as outras". Ele não sabia mesmo.

12. Afeto, sentimentos, humor e emoções: módulo articulado com a interação social e, por meio das emoções, com o domínio da conação, sem deixar de articular – também por meio das emoções – com as funções cognitivas e executivas. Afeto e humor são diferentes, embora interdependentes.

Deve-se examinar as emoções predominantes; as reações emocionais diante da ansiedade e das frustrações, inclusive durante a própria avaliação; avaliar a modulação do afeto *versus* afeto hipomodulado, a rigidez afetiva e a inadequação do afeto (diferente da frieza ou do isolamento afetivo dos obsessivos); considerar a *belle indifférénce* (indiferença afetiva – distinta dos sintomas anteriores), a ambivalência afetiva e a labilidade afetiva; buscar, na história pessoal do examinado, seus sentimentos, seus amores e seus ódios, os ressentimentos e os desejos de vingança, as satisfações e as insatisfações; avaliar hostilidade, raiva, cólera, desprezo e sentimentos de triunfo (que por vezes acompanham o humor eufórico nos estados maníacos).

Para alguns autores, amor e ódio seriam sentimentos; para outros, afetos. Na classificação dos *afetos* de Tomkins (1963), temos: 1) afetos positivos: interesse, excitação, satisfação/contentamento; "afeto interruptor": surpresa/alarme; 2) afetos negativos: sofrimento/angústia, vergonha/humilhação; desprezo, menosprezo, desdém/desgosto, repugnância, raiva/raiva mais intensa, ou ódio, medo/terror. Outros autores, entre eles Bastos (2000), denominam esses afetos como *emoções básicas, primárias e secundárias*.

Considero a ansiedade como a expressão de uma alteração mista do afeto e do humor. Na infância, o texto indicado recomenda considerar os reflexos do afeto e do humor nos temas persistentes na fantasia e no brinquedo, as relações afeto-conteúdo do pensamento e a capacidade da criança de se movimentar suavemente de um afeto para outro. Também deve-se levar em conta que alguns medos são normais em determinados momentos do desenvolvimento (Eggr, 2009; King et al., 2009; Sadock et al., 2015).

O humor pode ser alegre ou triste, em variações sem significado psicopatológico; euforia,

elação, exaltação, júbilo, êxtase, são graus de humor elevado, hipomaníaco ou maníaco, já dentro da psicopatologia. Moria, *Witzelsucht*, jocosidade, é similar, mas diferente da euforia/mania. Particularmente nas crianças, estar atento à falta de sorrisos apropriados. Humor depressivo. Tristeza, depressão, desespero, desesperança, diminuição da autoestima, sentimentos de culpa. Uma observação que merece alguma reflexão: existem 30 palavras aproximadamente para expressar alegria em dicionários da língua inglesa, mas 50 ou mais para designar tristeza, o que poderia sugerir que a natureza e existência humanas favoreçam mais a experiência e a expressão de vários humores depressivos, nem sempre psicopatológicos.

13. Conação (vontade e motivação, desejos e aspirações, intencionalidade e intenção, apetites e interesses, demandas e necessidades, instintos e pulsões): conação é a disposição para a ação, a partir do desejo e da intenção, da escolha e da decisão. Não nos basta um "gerenciamento" proporcionado pelas funções executivas, é preciso um "gerador ou uma usina de energia", sendo digno de nota que o primeiro roteiro de EEM na Psiquiatria da UFRGS (Abuchaim, 1958) não incluía o exame da vontade e das pulsões, embora fosse contemporâneo da proposta de Bellak (1958), em que se lia, no exame das funções do ego, *regulação e controle das pulsões e impulsos, permitindo desvios e inibições*, de acordo com o conceito freudiano de *Trieb* (traduzível por pulsão, como já assinalado). Mais de meio século de caminhos divergentes, cartesianamente dissociados, dificultando a elaboração teórica, a assistência clínica, o ensino e a pesquisa.

Alterações da área da vontade: apatia e inércia; diminuição ou aumento da vontade; negativismo ativo e passivo; atos impulsivos. As alterações da vontade mais comumente referidas são o aumento (hiperbulia) e a ausência ou diminuição (abulia, hipobulia). Bastos (2000) examina a vontade e a psicomotricidade em capítulos separados, mas reconhece sua interdependência, identificando quatro etapas nos atos volitivos: *desejo, intenção, deliberação* (escolha e decisão) e *execução* (etapa psicomotora). O autor entende a vontade como: "O elemento mais adequado para a definição da essência da vida humana no que representa o livre-arbítrio, ou seja, a capacidade de cada indivíduo determinar-se, mesmo em desacordo com suas tendências instintivas ou seus hábitos" (Bastos, 2000, p. 159).

Somos animais dotados de pulsões instintivas, sujeitos também a pressões externas e a circunstâncias adversas, mas, mesmo assim, capazes de fazer escolhas.

Como em outros casos, a abundância de termos e problemas nas traduções facilitaram confusões conceituais. Começando pelos desejos e pulsões, somente na psicanálise freudiana são muitos os termos e conceitos correlacionados. Freud utilizou *Trieb* para se referir às forças motivacionais que acionam o comportamento humano. Para ele, *Trieb* era um conceito situado entre o mental e o somático, infelizmente traduzido por Strachey (apud Moore & Fine, 1992) como *instinct* (instinto), força biológica que sempre resulta em um padrão específico de conduta. Um rápido passeio pelo dicionário de Hans (1996) pode ajudar o leitor: desejo (*Wunsch, wish, désir, deseo*) dirige-se ao que é almejado, distante, idealizado, sonhado, talvez no sentido de *aspirações* na língua portuguesa. É diferente de "desejo mais imediato" e também de desejo intenso, sofreguidão, "fissura" (*craving*). Pressão (*Drang, pressure*) é termo com significado de pressão corporal, que obriga – no sentido de urge por algo – uma ação de descarga (urinar, defecar). Hans (1996) esclarece que os diversos significados de *Trieb* "estão todos muito próximos e sempre correlacionados com um núcleo básico de sentido: algo que 'propulsiona', 'coloca em movimento'". Por isso, os termos melhores seriam pulsão (às vezes adjetivada: "instintiva"), *drive* e *pulsión*.

O conceito de *desejo*, complexo, controverso, deveria se tornar mais compreensível, dada sua centralidade na psicanálise e na psiquiatria psicodinâmica. Por ora, recomendo, na prática clínica, considerar as contribuições de Kaplan (1999) para a compreensão neurobiológica dos transtornos do desejo sexual, com níveis desde o hiperativo até o desejo sexual hipoativo grave, com o extremo da aversão sexual. A autora provê o clínico com uma muito útil orientação para a anamnese.

Motivação também é um termo com diferentes significados (Gazzaniga & Heatherton, 2005). Começa com William James propondo instintos como motivos para o comportamento, não aprendidos, ativados por gatilhos ambientais; passa por William Cannon e seu conceito de homeostase ou sistemas corporais regulados, bem como por Abraham Maslow (teoria da motivação humana articulada na hierarquia de necessidades) e chega, nos anos 1990, aos resultados de pesquisas da neurociência revelando a base neural da

autorregulação e da capacidade de desenvolver estratégias e planos.

Abbagnano (1999) considera a *intenção* como a intencionalidade no domínio prático, gerando questões morais e éticas das consequências previsíveis e responsabilidades (legais, em alguns casos) por atos considerados intencionais. Esse é um terreno de controvérsias filosóficas (Dennett *versus* Searle[15]), éticas e científicas: o suicídio é um ato voluntário ou tão involuntário quanto um infarto do miocárdio?

14. Ação, conduta (ou comportamento), praxias e psicomotricidade: este domínio articula-se não somente com a conação e com as funções executivas (por meio da *iniciativa*), mas também com os afetos, as emoções e a interação social. Deve-se avaliar a postura, o equilíbrio, a marcha, as atitudes, os gestos (incluídos trejeitos, tiques, cacoetes e outros movimentos involuntários, como os movimentos coreicos e atetósicos, rodopios e agitação das mãos), os maneirismos, as estereotipias, os automatismos, os atos impulsivos, as distonias, os movimentos distônicos, o balismo e os espasmos de torção. Perturbações do equilíbrio e da marcha, como as ataxias, também devem ser examinadas. Na infância e na adolescência, recomenda-se muita atenção aos movimentos, à coordenação e a possíveis assimetrias em grupos musculares (Kaplan et al., 2015).

Fonseca (2008) entende a psicomotricidade relacionada com as "funções e perturbações que interessam à integração e à regulação mental da motricidade". Embora muito ligada ao desenvolvimento da criança, sua avaliação se estende a adolescentes, adultos e idosos. Para o mesmo autor, *praxia* é o "... movimento intencional, organizado, tendo em vista a obtenção de um fim ou de um resultado determinado" (Fonseca, 2008). Segundo esse conceito, as praxias, globais ou finas, dependem das funções executivas e da vontade. Segue Fonseca (2008, p. 577):

> Não se trata de um movimento reflexo, nem automático, mas de um movimento voluntário, consciente, intencional, organizado, inibido, isto é, humanizado, sujeito, portanto, a um planejamento cortical e a um sistema de auto[r]regulação. Realização perfeita, econômica, eficaz, sequencializada e harmônica de comportamentos motores aprendidos.

Escovar os dentes, abotoar as roupas, amarrar os cordões dos sapatos, etc., são *praxias* cotidianas. As dispraxias, portanto, correspondem aos déficits, desorganizações, disfunções ou dificuldades nesse campo de atividades psicomotoras. Um exemplo: a dificuldade na cópia de figuras geométricas, testada no MEEM e outros instrumentos de avaliação neuropsicológica.

Deve-se examinar também os cuidados (vestuário, etc.) e habilidades pessoais e sociais, relacionadas com as FEs, a psicomotricidade e os impulsos. Atentar para aumento da atividade psicomotora (inquietação, excitação e agitação psicomotoras, hiperatividade, hipercinesia) ou diminuição da atividade psicomotora (hipoatividade, lentidão ou retardo psicomotor; hipocinesia; bloqueio motor; inatividade). Considerar o controle esfincteriano: enurese e encoprese. Avaliar a coordenação dos movimentos, diferenciando comportamentos voluntários e involuntários; conduta bizarra, conduta autista; compulsões; evitações (fóbicas). Observar ecolalia, ecopraxia e outros sintomas catatônicos (flexibilidade cérea, etc.). Avaliar conduta suicida, tentativas e gestos suicidas, bem como abuso e adições a álcool, outras drogas, trabalho, jogos, compras e internet (em qualquer idade).

Comportamento sexual: dividido em dois subgrupos: a) *disfunções* (distúrbios da ejaculação, da ereção e do orgasmo; impotências e frigidez; dor gênito-pélvica, vaginismo, dispareunia; perturbações do interesse e do desejo sexuais já referidos em outro domínio, por serem expressões na conduta sexual de alterações da *vontade, motivação, iniciativa e desejo*); b) *parafilias, perversões sexuais ou parabulias da sexualidade* (Bastos, 2000). Nessas, de acordo com o DSM-5, se incluem o voyeurismo; o exibicionismo; o frotteurismo; o masoquismo sexual, com ou sem asfixiofilia; o sadismo sexual; a pedofilia; o fetichismo; e o transvestismo (APA, 2014). É essencial não confundir o transvestismo (obter prazer somente usando roupas do outro sexo) com alterações nos transtornos ou disforias de gênero e a transexualidade (relacionada com a identidade sexual psíquica e a imagem corporal) e, muito menos ainda, com a homossexualidade, *que não é um transtorno sexual.* Bastos (2000) acrescenta o satirismo e a ninfomania, a algolagnia (sofrimento físico para obter prazer), a coprofilia (excrementos), a zoofilia (animais),

[15] Controvérsia disponível na internet.

a gerontofilia (idosos) e a necrofilia (cadáveres). Com óbvias exceções (necrofilia, coprofilia, pedofilia, etc.), algumas delas podem fazer parte da vida sexual normal, pois os critérios para que uma atividade seja considerada parafílica ou perversa são a persistência e a intensidade, e preferência com exclusividade para obter prazer e orgasmo. Por exemplo, uma coisa é ter prazer de olhar, outra, bem diferente, é somente ter prazer olhando, sem o ato sexual propriamente dito. Esse é um dos campos do EEM em que se expressam, claramente, as perturbações das pulsões e desejos sexuais e algumas graves dificuldades no controle dos impulsos, muito óbvias quando a perversão sexual (parafilia) se associa a perversidade (violência e crueldade), e mais sutis, mas não menos importantes, em outras situações clínicas bem comuns.

Comportamento alimentar: abusos e adições à comida, bulimia, *binges*, anorexia, rituais e idiossincrasias, ruminação. A anorexia e a bulimia, além de outros transtornos da alimentação, são consideradas por Bastos (2000) *parabulias da nutrição*, mas se acompanham de alterações da imagem corporal (ver exame da consciência do eu ou *self*). O autor acrescenta a sitiofobia (rejeição da alimentação), a polidipsia (sede exagerada), e malacia, pica e geofagia (ingestão de materiais estranhos e impróprios: terra, etc.).

Dramatizações e outras condutas histriônicas: atenção para os distúrbios da conduta na adolescência, nem sempre algumas condutas antissociais (roubos, mentiras, etc.) na adolescência são indicadores de transtorno da personalidade social, lembrando um antigo alerta de Erik Erikson, que encontra eco na recente observação de Pine e colaboradores (2011, p. 309) na questão da psicopatologia desenvolvimental:

> . . . o risco para desfechos desfavoráveis é mais alto em crianças que mostram padrões consistentes de disfunção ao longo do tempo do que em crianças que mostram disfunção em apenas um momento de suas vidas . . . Para compreender a enfermidade mental, necessita-se compreender as alterações normais no desenvolvimento.

Principalmente na infância, considerar o comportamento nos relacionamentos ou interações sociais, as competências, habilidades e características, inclusive durante a consulta; isolamento extremo e excessiva familiaridade podem constituir problemas.

Outros sintomas, inclusive psicofisiológicos, sem lugar definido no exame das funções, mas de importância para o diagnóstico: cefaleia e outras dores, dispneia, perturbações digestivas, etc.

OS EXAMES DA FORMA E DA FUNÇÃO (OU CONTEÚDO) DOS SINTOMAS

Uma confusão comum, tanto para estudantes quanto para profissionais, resulta do não reconhecimento, caracterização e diferenças entre duas formas de olhar e pensar os dados clínicos obtidos no EEM. São diferentes, não excludentes e complementares, em relação dialética: o exame da forma e o exame da função ou conteúdo, de acordo com McHugh e Slavney (1982, 1983). Um caso ilustrativo é o relatado por Akiskal (1986, p. 369), de um estudante universitário de 26 anos, com sua declaração durante o EEM:

> [O estudante] tinha medo que outras pessoas ouvissem "as vozes que emanavam dos seus seios paranasais" (sinuses, no original). Estas vozes discutiam, na terceira pessoa, quanto a ele ser ou não um homossexual ("fag", no original). Durante a entrevista o paciente começou a examinar os seus traços faciais em um espelho, porque ele necessitava ver se ele estava "se transformando em uma mulher", como as vozes indicavam. O paciente acreditava que um cirurgião teria "implantado um dispositivo eletrônico em seus seios paranasais", durante uma operação para correção de desvio de septo nasal, há oito meses. Entendia seus pensamentos como tendo sido implantados "de fora".

Akiskal (1986) considerou o diagnóstico de esquizofrenia paranoide pelo fato de o paciente ser isolado, desconfiado e litigante, sem história de abuso de drogas, com quadro clínico por mais de seis meses e ausência de sintomas afetivos (do humor) importantes. Os exames de laboratório eram normais. Com uma história familiar positiva para esquizofrenia (primo paterno), o autor entendeu que, nesse jovem estudante, o fato de ouvir vozes discutindo sobre ele na terceira pessoa (*forma do sintoma*) era mais importante no diagnóstico do que o *conteúdo do sintoma*, das alucinações auditivas (que ele era homossexual) e de suas ideias delirantes (estava se transformando em mulher). Está claro, entretanto, como ficaria empobrecida a comunicação e a relação

profissional-paciente e o consequente tratamento psicológico associado aos necessários psicofármacos – caso o profissional não compreendesse os porquês e os significados de tais alucinações e delírios, incluindo suas preocupações com a cirurgia dos seios *paranasais, com o deslocamento para os outros "seios"*. Acrescente-se uma observação de Hamilton (1974, p. 3): "Muitos psiquiatras educados nas escolas psicodinâmicas de psiquiatria têm dificuldades para diferençar entre a psicologia empática proposta por Karl Jaspers e a psicologia interpretativa".

Algo similar pode ocorrer com profissionais muito familiarizados com a medicina e a psicologia baseadas em evidências e com o modelo neurobiológico da mente, um e outro em busca da objetividade, por vezes em detrimento da capacidade de escutar narrativas de sujeitos/pacientes interagindo com sujeitos/estudantes ou profissionais das áreas da saúde. Estes últimos podem confundir a compreensão psicanalítica com a compreensão proposta por Karl Jaspers. Nessa abordagem – "penetração empática" – o entrevistador tenta simplesmente compreender o paciente, colocando-se em seu lugar, sem tentar interpretar, no sentido de explicar, a origem psicológica dos sintomas: sendo as vivências do paciente inacessíveis à observação imediata, o examinador procura estudar diretamente as suas próprias vivências e compará-las com aquelas captadas do examinando.

Existem alternativas. Entre as mais simples, está a complementação ou articulação entre as abordagens baseadas em evidências e o modelo das narrativas (Greenhalg, 1998). Outra, bem delineada por Kernberg (1995), é a *entrevista estrutural*, que articula, por um lado, o exame das defesas, da coesão *versus* difusão de identidade (diferenciação e limites do *self*) e do teste da realidade, com o EEM. Esse autor propõe que o tempo disponível para as entrevistas de avaliação, a formação (psicologia, psiquiatria, psicoterapia, psicanálise) e a experiência do examinador irão determinar por qual das abordagens começar. A resposta do paciente às tradicionais aberturas – *"o que lhe traz aqui?", "O sr. ou sra. pode dar uma ideia dos seus problemas e/ou das suas dificuldades?"* – pode variar desde um relato razoavelmente livre e bem articulado, sem sintomas psicóticos ou sugestões de problemas orgânicos cerebrais, até um discurso confuso por alterações no sensório (consciência, atenção, sensopercepção e orientação, além da compreensão diminuída e juízo crítico perturbado). Não supreende que essa pergunta proposta por Kernberg (1995) seria a mesma em um exame neuropsicológico dirigido à identificação de disfunções executivas, dada a semelhança já assinalada com o exame das funções do ego de Bellak (1958).

Outra estratégia sugerida neste capítulo é combinar e articular três semiologias: 1) o EEM propriamente dito: 2) um exame neuropsicológico extenso e que considere as funções executivas, assessorando-se com um(a) neurologista e psicólogo(a) clínico(a) para selecionar os exames complementares e testes: e 3) o *Perfil Psicodinâmico Karolinska* (KAPP) (Weinryb & Rossel, 1991), que pode ser considerado, como fiz no ensino e venho fazendo na clínica, um *Exame da Vida Emocional ou da Vida Afetiva*. Essa designação e o agrupamento em aspectos da vida emocional e os itens negritados correspondem a modificações e meus acréscimos, para uso pessoal no ensino e na clínica, em relação à proposta original de Weinryb e Rössel (1991). Sugiro considerar que, neste novo EEM, fica mais fácil a aproximação entre o exame "descritivo", ou clínico das funções, e o exame "compreensivo", ou psicodinâmico das funções do ego.

1. envolvimento emocional [intimidade e reciprocidade; empatia e simpatia; dependência e separação; controle/dominação x submissão];
2. equilíbrio emocional [tolerância à frustração; controle dos impulsos; regressão adaptativa a serviço do ego; capacidade de lidar com os afetos agressivos];
3. experiência emocional [alexitimia; normopatia; aprosódia, reconhecimento de expressões faciais; insensibilidade emocional];
4. área das relações emocionais do sujeito com o seu corpo (tanto no seus aspectos estéticos quanto funcionais [concepções e preocupações relativas à aparência corporal]. "Dismorfofobia" é um termo inapropriado, por ser não um medo e sim uma preocupação excessiva, análoga à hipocondria, mas aqui com as dimensões e a forma/estética (nariz, orelhas, pênis); concepções relativas às funções corporais [hipocondria]; autoimagem corporal atual; alimentação, roupas, acessórios, *piercings*, tatuagens, automutilações, etc.];
5. eros e emoções: vida emocional em relação a amor, sexo e gênero [funcionamento ou

atividade sexual; satisfação sexual; preferência sexual e identidade de gênero; amor como integração razoável de relacionamento sexual + relação de objeto, com responsabilidades mútuas, nos termos de Kernberg]; e

6. emoções, identidade e expectativas sociais [consciência de pertencer ou pertencimento; sentimento de ser necessário; capacidade interna de ter acesso a conselhos e/ou ajuda; *identidade pessoal e profissional*].

O exame se completaria – se for possível ao examinador e indicado, de acordo com as necessidades do paciente – com o diagnóstico estrutural dos níveis de organização (normal/neurótico, *borderline* e psicótico).

Uma avaliação neuropsicológica (anamnese, exame neuropsicológico, testes selecionados), combinada com as outras duas semiologias, reduz o risco de deixar passar problemas orgânicos, lesões, desinibições e desregulações neuroquímicas, não detectados pelo EEM e menos ainda pelo KAPP. O valor dessa proposta, no que tange ao KAPP, é que ela favorece a oportunidade para um autoexame ou autoavaliação – do estudante e do profissional – que atende às necessidades de diminuir a interferência de sentimentos contratransferenciais e dos vieses e preconceitos pessoais, permitindo que o examinador faça uma avaliação semiológica "sob medida", personalizada e contextualizada, com *flexibilidade cognitiva do examinador* (para usar um dos conceitos no tema das funções executivas). É essa flexibilidade, combinada com a experiência clínica e a intuição, todas guiadas pela sensibilidade e empatia do examinador, que irá ditar por qual das três semiologias começar (Kernberg, 1995).

Tentando responder *o que é a consciência*, Zeman (2005) reconhece que a variedade de interesses (ciências e humanidades) que convergem para o seu estudo cria um campo para mal-entendidos interdisciplinares, mas um campo rico para um frutífero diálogo. O diagrama *shifting gears* das funções mentais em módulos, que exibe as principais "articulações em movimento" entre as diferentes áreas ou domínios da mente, talvez possa, no melhor dos casos, contribuir para uma aproximação entre os campos da psicologia, da psiquiatria, da psicanálise e da neurociência, nesse terreno tão fértil do exame do estado mental. Espero que os leitores considerem essa possibilidade.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Frederico D. Kliemann, devo a diferenciação entre desagregação do pensamento e parafasias com jargonofasias e consequente esclarecimento diagnóstico em um caso de doença de Creutzfeldt-Jakob nos anos 1980. Foi um estímulo para o estudo da semiologia psiquiátrica. A professora Marcia Kauer Sant'Anna colaborou *decisivamente na identificação de dois episódios maníacos por desinibição pré-frontal e não por doença bipolar em uma urgência psiquiátrica* a domicílio, em 2014 e 2015. Ao Dr. Giovanni Salum Jr., agradeço pela recomendação da nova edição do Sims e pelas produtivas discussões que tivemos em abril de 2015, no tema de EEM, funções executivas, consciência e outras funções mentais. Embora já incluída neste capítulo a função mental "vontade, motivação, intenção e pulsões" e reconhecida a sua omissão nos roteiros desde 1958 até 2014, não havia me dado conta, até esse diálogo, do peso da dissociação cartesiana mente-corpo influindo no EEM, a ponto de essa área central na vida mental ter ficado excluída por tanto tempo em nosso meio (mais de 50 anos!). À professora Sara V. Rodrigues, pelas cuidadosas revisões de estilo, gramática e ortografia. Ao estimado colega Flavio Rotta Correa, sempre presente em horas difíceis. Aos meus pacientes, o meu muito obrigado por sua inestimável colaboração, antes, durante e após a redação deste capítulo.

REFERÊNCIAS

Abbagnano, N. (1999). *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.

Abuchaim, D. (1958). *Pontos de psicopatologia*. [Mimeografado, Psiquiatria, UFRGS/HPSP].

Akiskal, H. S. (1986). Diagnosis in psychiatry and the mental status examination. In G. Winokur, & P. Clayton, *The medical basis of psychiatry*. Philadelphia: Saunders.

Alexopoulos, G. S., & Emmett Jr, R. E. (2009). Geriatric mood disorders. In B. J. Kaplan, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's: Comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

American Psychiatric Association (APA). (1995). Practice guideline for psychiatric evaluation of adults. *The American Journal of Psychiatry, 152*(11), 63-80.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Andreasen, N. C. (1996). Body and soul. *The American Journal of Psychiatry, 153*(5), 589-590.

Andreasen, N. C. (1998). Understanding schizophrenia: A silent spring? *The American Journal of Psychiatry, 155*(12), 1657-1659.

Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin, 33*(1), 108-112.

Bastos, C. L. (2000). *Manual do exame psíquico: Uma introdução prática à psicopatologia* (2. ed.). Rio de Janetiro: Revinter.

Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2002). *Neurociências: Desvendando o sistema nervoso* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Bellak, L. (1958). The psychoanalytic concept of the Ego and Schizophrenia. In L. Bellak (Ed.), *Schizophrenia: A review of the syndrome*. New York: Grune & Stratton.

Berrios, G. (1984). Descriptive psychopathology: Conceptual and historical aspects. *Psychological Medicine, 14*(2), 303-313.

Berrios, G. (1993). Phenomenology and psychopathology: Was there ever a relationship? *Comprehensive Psychiatry, 34*(4), 213-220.

Cabaniss, D. L. (1998). Shifting gears: The challenge to teach students to think psychodynamically and psychopharmacologically at the same time. *Psychoanalytic Inquiry, 18*(5), 639-656.

Cardoso, M. M. (2011). *Estudo preliminar sobre a relação das funções executivas e o retorno ao trabalho após o primeiro surto psicótico na esquizofrenia* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Paraná, Curitiba).

Craig, R. J. (1991). *Entrevista clínica e diagnóstica*. São Paulo: Artes Médicas.

Dalgalarrondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Docherty, J. P., & Marder, S. R. (1977). Psychotherapy and pharmacotherapy: Conceptual issues. *The American Journal of Psychiatry, 134*(5), 529-533.

Drob, S. L. (1989). The dilemma of contemporary psychiatry. *The American Journal of Psychiatry, 18*(1), 54-67.

Egger, H. L. (2009). Psychiatric assessment of preschool children. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's: Comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed., Vol. 2). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Feinstein, A. (1967). *Clinical judgment*. Baltimore: Wilkins.

Fletcher, R.H., Fletcher, S. W., & Wagner, E. W. H. (2002). *Epidemiologia clínica: Elementos essenciais* (3. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189-198.

Fonseca, V. (2008). Glossário. In V. Fonseca, *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.

Gazzaniga, M. S., & Heatherton, T. F. (2005). *Ciência psicológica: Mente, cérebro e comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Ghaemi, S. N. (2007). Existence and pluralism: The rediscovery of Karl Jaspers. *Psychopathology, 40*(2), 75-82.

Goodwin, D. W., & Guze, S. B. (1984). *Psychiatric diagnosis*. New York: Oxford University.

Gould, S. J. (1991). *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes. Originalmente publicado em 1981.

Greenhalg, T. (1998). Narrative based medicine in an evidence based world. In T. Greenhalg, & B. Hurwitz (Eds.), *Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books.

Hamdan, A. C., & Pereira, A. P. A. (2009). Avaliação neuropsicológica das funções executivas: Considerações metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 22*(3), 386-393.

Hamilton, M. (Ed.). (1974). *Fish's clinical psychopathology: Signs and symptoms in psychiatry*. Bristol: John Wright & Sons.

Hanns, L. A. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Horvath, T. h. B., Sarvier, L. J., Mohs, R. C., & Davis, K. (1989). Organic mental-syndromes and disorders. In H. L. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Houaiss, A., & Villar, M. de S. (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Huber, G. (2002). The psychopathology of K. Jaspers and K. Schneider as a fundamental method for psychiatry. *The World Journal of Biological Psychiatry, 3*(1), 50-57.

Jamison, K. (1996). *Uma mente inquieta*. São Paulo: Martins Fontes.

Jaspers, K. (1985). *Psicopatologia geral: Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia* (Vol. 1-2). Rio de Janeiro: Atheneu.

You're listening to a sample of the Audible audio edition.

Jaspers, K. (1997). *General psychopathology* (v. 1-2). Baltimore: Johns Hopkins.

Jura, M. B., & Humphrey, L. A. (2009). Neuropsychological and cognitive assessment of children. In B. J. Kaplan, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's: Comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kaplan, H. S. (1999). *Transtornos do desejo sexual: Regulação disfuncional da motivação sexual*. Porto Alegre: Artmed.

Kendler, K. S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *The American Journal of Psychiatry, 162*(3), 433-440.

Kernberg, O. (1995). A entrevista estrutural. In O. Kernberg, *Transtornos graves de personalidade*. São Paulo: Artes Médicas.

King, R. A., Schwab-Stone, M. E., Thies, A. P., Peterson, B. S., & Fisher, P. W. (2009). Psychiatric examination of the infant, child, and adolescent. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's: Comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed., Vol. 2). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Kraus, A. (1994). Um encontro com Heidelberg: Diagnósticos fenomenológicos e criteriológicos: Diferentes ou complementares? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 43*(5), 251-257.

Kristensen, C. H. (2006). Funções executivas e envelhecimento. In M. A. M. P. Parente, *Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed.

Lazare, A. (1989). A multidimensional approach to psychopathology. In A. Lazare (Ed.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology, 17*(1-4), 281-297.

Lezak, M., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). The practice of neuropsychological assessment. In: M. Lezak, D. B. Howieson, E. D. Bigler, & D. Tranel, *Neuropsychological assessment* (5th ed.). Oxford: Oxford, 2012.

MacKinnon, R. A., & Yudofsky, S. C. (1988). *A avaliação psiquiátrica na prática clínica*. São Paulo: Artes Médicas.

McHugh, P. R. (2005). Striving for coherence: Psychiatry's efforts over classification. *JAMA, 293*(20), 2526-2528.

McHugh, P. R., & Slavney, P. R. (1982). Methods of reasoning in psychopathology: Conflict and resolution. *Comprehensive Psychiatry, 23*(3), 197-215.

McHugh, P. R., & Slavney, P. R. (1983). Dialética da explicação. In P. R. McHugh, & P. R. Slavney, *As perspectivas da psiquiatria*. São Paulo: Artes Médicas.

McIntyre, K. M., Norton, J. R., & McIntyre, J. S. (2009). Psychiatric interview, history, and mental status examination. In B. J. Kaplan, V.

A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's: Comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Medical Research Council (MRC). (1983). *Exame do estado mental atual: Glossário das definições dos sintomas incluídos na 9a ed. do PSE.* São Paulo: HC-USP.

Moore, B. E., & Fine, B. D. (1992). *Termos e conceitos psicanalíticos.* São Paulo: Artes Médicas.

Nussbaum, A. M. (2013). *Pocket guide to the DSM-5.* Washington: American Psychiatric Association.

Osório, C. M. S. (1991). *A consciência e a afetividade em primeiro lugar ou "vamos deixar de ser locs?".* Manuscrito não publicado.

Osório, C. M. S. (2003). *Afetividade e humor: Proposta de um exame do estado mental com mais clareza e menos ambiguidades* (EGQ para o Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Osório, C. M. S. (2004). Semiologia psiquiátrica. In E. Barros, G. C. Albuquerque, C. T. S. Pinheiro, & M. A. Czepielewski (Orgs.), *Exame clínico: Consulta rápida* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Osório, C. M. S., Goldim, J. R., Albrecht, R. B., Machado, A. M., & Eizirik, C. L. (2006). Pesquisa e ensino em psicopatologia: Confusões conceituais e ambiguidades nos conceitos de incoerência e desagregação no pensamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 9*(1), 44-63.

Osório, L. C. (1975). Distúrbios de conduta (distúrbios evolutivos): Conceito, classificação, incidência, psicopatologia. In L. C. Osório, *Evolução psíquica da criança: Aspectos normais e patológicos.* Porto Alegre: Movimento.

Othmer, E., & Othmer, S. C. A. (1989). Four methods to assess mental status. In E. Othmer, & S. C. A. Othmer, *The clinical interview using DSM-III-R.* Washington: Cambridge University.

Oyebode, F. (2015). *Sim's symptoms in the mind: Textbook of descriptive psychopathology* (5th ed.). London: Saunders.

Pine, D. S., Costello, E. J., Dahl, R., James, R., Leckman, J. F., Leibenluft, E., ... Zeanah, C. H. (2011). Increasing the developmental focus in DSM-5: Broad issues and specific potential applications in anxiety. In D. A. Regier, W. E. Narrow, E. A. Kuhl, & D. J. Kupfer (Eds.), *The conceptual evolution of DSM-5.* Washington: American Psychiatric.

Ramachandran, V. S., & Blakesle, S. (2002). *Fantasmas no cérebro: Uma investigação dos mistérios da mente humana.* Rio de Janeiro: Record.

Recupero, P. R. (2010). The mental status examination in the age of the internet. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 38*(1), 15-26.

Royall, D. R., Lauterbach, E. C., Cummings, J. L., Reeve, A., Rummans, T. A., Kaufer, D. I., ... Coffey, C. E. (2002). Executive control function: A review of its promise and challenges for clinical research. *The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences, 14*(4), 377-405.

Royall, D. R., Mahurin, R. K., & Gray, K. F. (1992). Bedside assessment of executive cognitive impairment: The Executive Interview. *Journal of the American Geriatrics Society, 40*(12), 1221-1226.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Psychiatric examination of infant, child, and adolescent: mental status examination. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Souza, L. S., Osorio, C. M. S., & Fleck, M. P. A. (2015). Psicoterapia de orientação analítica e farmacoterapia. In C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, & S. S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (3. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Spitzer, R. L., Gibbon, M., Skodol, A. E., Williams, J. B. W., & First, M. B. (1996). *DSM-IV: Casos clínicos.* São Paulo: Artes Médicas.

Spreen, O., Risser, A. H., & Edgell, D. (1995). *Developmental neuropsychology.* Oxford: University of Oxford.

Strauss, G. (1995). The psychiatric interview, history, and mental status examination. In H. L. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (6th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Streb, L. G. (2012). A base da clínica: A mente em situação. In A. C. T. Rodrigues, L. G. Streb, M. V. Daker, & O. D. Serpa Jr (Orgs.), *Psicopatologia conceitual.* São Paulo: Roca.

Stubbes, H. *The plus ultra reduced to a non plus.* London: Wikipédia, 1670.

Tchekhov, A. P. (1999). Angústia. In A. P. Tchekhov, *A dama do cachorrinho e outros contos.* São Paulo: Editora 34.

Teng, E. L., & Chui, H. C. (1987). The modified mini-mental state (3MS) examination. *Journal of Clinical Psychiatry, 48*(8), 314-318.

Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, consciousness: The complete edition.* New York: Springer.

Vigotsky, L. S. (2010). Pensamento e palavra. In L. S. Vigotsky, *A construção do pensamento e da linguagem.* São Paulo: Martins Fontes.

Weinryb, R. M., & Rossel, R. J. (1991). Karolinska psychodynamic profile. KAPP. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 363*, 1-23.

Wheatley, T., & Martin, A. (2009). The neuroscience of social interaction. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's: Comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed., Vol. 2). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Whitbourne, S. K., & Halgin, R. P. (2015). *Psicopatologia: Perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos* (7. ed.). Porto Alegre: AMGH.

Zeman, A. (2001). Consciousness. *Brain, 124*, 1263-1289.

Zeman, A. (2005). What in the world is consciousness? *Progress in Brain Research, 150*, 1-10.

Zeman, A., & Coebergh, J. A. (2013). The nature of consciousness. In J. L. Bernat & L. Beresford (Eds.), *Handbook of clinical neurology: Ethical and legal issues in neurology* (3rd ed., Vol. 118). Edinburgh: Elsevier.

10

A INFLUÊNCIA DO USO DE FÁRMACOS NO PSICODIAGNÓSTICO

Flávio Merino de Freitas Xavier
Eduardo Chachamovich

A avaliação psicológica de pacientes medicamente enfermos se torna um desafio de maior complexidade na medida em que muitas doenças e diversos fármacos frequentemente podem influenciar o estado mental, as funções do ego ou a motricidade. Déficits cognitivos, alterações de atenção e de diversas funções mentais de natureza iatrogênica (induzida pelo médico) são comumente associados às terapias farmacológicas, tanto aos fármacos de uso geral quanto aos psiquiátricos. As alterações podem variar de grosseira encefalopatia com *delirium* até alterações sutis (como exaltação do humor) (Meador, 1998). Algumas drogas apresentam maior risco de efeitos mentais adversos. O risco de alterações mentais causadas por fármacos é maior entre pacientes que usam muitos medicamentos e idosos, em especial se previamente portadores de quadro inicial de demência (Bowen & Larson, 1993). Este capítulo apresenta uma revisão dos possíveis efeitos colaterais mentais de uma ampla relação de medicamentos comumente usados na prática clínica, com atenção sobre os efeitos potencialmente de maior influência sobre a testagem psicológica.

Efeitos adversos de medicamentos sobre áreas como funcionamento intelectual, atenção, memória, linguagem, funções visuoespacial, sensória e motora, função executiva e esforço e motivação (volição) são provavelmente os que mais podem causar impacto no desempenho dos sujeitos em uma testagem psicológica. Há, também, fármacos que podem trazer maior risco para ideação suicida, *delirium*, virada maníaca ou quadros colinérgicos.

É sempre difícil julgar se há conexão de causa e efeito entre o medicamento em uso e o surgimento de um novo efeito colateral, dificuldade que pode derivar de diversos fatores. Pacientes que erraticamente fazem uso de hipnóticos-sedativos, analgésicos opiáceos ou que tenham episódios de *binge* com álcool ou maconha podem apresentar fenômenos de abstinência que poderiam ser erroneamente interpretados como efeito adverso de uma nova medicação. É comum que o paciente que começa a usar um novo fármaco pare de consumir álcool. Em uma situação assim, um sintoma novo que de fato seja da abstinência pode ser erroneamente interpretado como efeito colateral do fármaco. Na psiquiatria, muitas substâncias, como, por exemplo, os antidepressivos, têm longos períodos de latência para o início dos efeitos positivos: tomar sintomas de uma doença psiquiátrica que se agrava – falta de concentração na hipomania – como decorrentes da medicação em uso é uma má interpretação frequente. Nesses casos, o evento adverso notado pode ser decorrência não do fármaco, mas da sua falta de efeito, seja por ineficácia, seja pela falta de tempo para ação ou para aumento da dose.

Importa, portanto, precisar detalhes tanto sobre o sinal/sintoma observado quanto sobre o fármaco em uso. Qual a conexão temporal entre a entrada do fármaco e o sintoma (p. ex., a sonolência aumentou com a entrada do escitalopram? A apatia/insônia se tornou pior com o estrógeno

iniciado recentemente?). O fármaco em uso é de fabricante confiável ou de laboratório desconhecido? Quais as quantidades de álcool, tabaco, cafeína e maconha de fato em uso? Ocorreu alguma descontinuidade recente nesse uso? Em que data teve início o tratamento? O uso é regular? Avaliar a confiabilidade da informação, seja ela direta com o paciente ou indireta com o familiar, é ponto crucial. Idosos com disfunção executiva podem fazer uso incorreto da droga prescrita e não conseguir perceber esse uso anárquico, eventualmente exagerado e acima do terapêutico.

Na avaliação do impacto de um fármaco sobre um sintoma mental novo, a atribuição de causa e efeito se complica pela má qualidade científica das evidências disponíveis. Quase todos os eventos adversos foram compilados por meio de relatos de caso, não por estudos epidemiológicos específicos e amplos o suficiente. Desse fato resulta que é sempre muito difícil determinar se a probabilidade de associação causal entre o evento adverso em estudo e o uso da medicação é alta ou extremamente remota. Como frequentemente é difícil saber o tamanho do risco de o efeito ser de fato causado pela droga, é comum fazer um teste de parada do medicamento para bem avaliar o que acontece com o sinal/sintoma em questão. A comunicação respeitosa e imediata de prescritores e não prescritores, de clínicos e psiquiatras discutindo o ponto é mandatória. Não é ético criar desconfiança pouco plausível sobre o fármaco instituído por um colega, e importa esclarecer para o paciente que ele não deve parar com o medicamento sem discutir isso com o profissional que o indicou. No campo da medicina geral – e mesmo da psiquiatria –, infelizmente é frequente a impossibilidade de troca da medicação, por falta de alternativas. Em medicina, comparar o tamanho do dano colateral pretensamente decorrente do fármaco com o tamanho da utilidade clínica de sua indicação é um exercício colaborativo entre colegas de diferentes especialidades que conhecem partes fragmentárias da resposta.

Com muita frequência, um sinal/sintoma como alteração da atenção, apatia, disfunção sutil cognitiva é simultaneamente determinado não apenas por um agente causal, mas por um somatório de fatores causais multidimensionais, biológicos, sociais e psicológicos. É possível pensar em determinação multicausal para a maior parte das realidades médicas. A doença de base clínica pode estar contribuindo, sendo que hipovitaminose D, hipovitaminose de B12, doença de tireoide, apneia do sono, demência inicial, abstinência de benzodiazepínicos e álcool podem entrar concomitantemente com o medicamento na gênese da alteração mental, sendo esses exemplos de ocorrência frequente na prática clínica. Diversas doenças médicas cursam com alteração de atenção, volição e motricidade. Doenças psiquiátricas, como *delirium*, TDAH, esquizofrenia, bipolaridade, ansiedade, depressão e demência, causam disfunções na testagem psicológica. É possível que o luto, em especial o luto complicado em idosos, se associe a piores *performances* na testagem psicológica (Xavier, Ferraz, Trentini, Freitas, & Moriguchi, 2002). Tanto o correto entendimento das determinações causais costuma precisar dessa visão multifatorial quanto o tratamento eficaz costuma pedir intervenção em múltiplos aspectos/campos ao mesmo tempo, sem que possamos pretender um entendimento preciso de qual o mais importante entre eles para a conquista da melhora clínica.

Por vezes, pode-se desconfiar de conexão causal entre um medicamento e determinado sintoma neuropsicológico quando for muito comum a ocorrência desse tipo de efeito colateral para aquele agente farmacológico. Porém, fatores do paciente, como a faixa etária, podem tornar a ocorrência desse efeito adverso mais provável. Idosos são uma população de mais risco de mudanças cognitivas por anestesia, quimioterapia e uso de lítio (Borwen & Larson, 1993). Crianças apresentam efeitos colaterais mais frequentes com antipsicóticos atípicos, sendo a sedação com risperidona muito mais prevalente nessa população do que em adultos. Há também um aumento do risco de indução ou exacerbação de pensamentos suicidas com antidepressivos entre indivíduos com menos de 24 anos, o que não foi demonstrado para adultos acima dessa faixa etária (Goldberg & Ernest, 2012b).

EFEITOS ADVERSOS NEUROPSICOLÓGICOS DE MEDICAÇÕES NÃO PSIQUIÁTRICAS

Reações neuropsiquiátricas a fármacos clínicos não estão restritas a pacientes com história psiquiátrica prévia. Ao contrário do esperado, a maior parte das pessoas que desenvolvem eventos psiquiátricos a partir de medicamentos não psiquiátricos não tinha história prévia psiquiátrica (Goldberg & Ernest, 2012a). Uma lista mais abrangente das drogas clínicas associadas com

maior risco de efeitos adversos neuropsiquiátricos é apresentada por Turjanski e Lloyd (2005).

Analgésicos e opiáceos

Os opiáceos podem produzir ansiedade e nervosismo em 5% dos pacientes. Até mesmo casos de aumento de ideação suicida foram descritos após poucas doses de analgésicos. A frequência de perdas cognitivas associadas a essa classe de medicamentos foi revisada em dois estudos (Ersek, Cherrier, Overman, & Irving, 2004; Kurita, Lundorff, Pimenta, & Sjøgren, 2009). O tramadol, por sua ação noradrenérgica/serotonérgica, pode apresentar síndrome de retirada, com sintomatologia idêntica à da descontinuação de antidepressivos inibidores da recaptação de noradrenalina/serotonina. Doses mais elevadas se associam a maior risco de disfunção cognitiva, pelo menos na população de pacientes com câncer (Højsted et al., 2012). Esse fármaco também está associado à sintomatologia psiquiátrica de alucinação, agitação e depressão em 1 a 5% dos usuários (Goldberg & Ernest, 2012). Jamison descreve a importância da avaliação psicológica prévia em busca do perfil de paciente que melhor seria candidato ao uso de opiáceos tendo menos risco de abuso (Jamison & Edwards, 2013).

Anticolinérgicos

Fármacos de usos diversos em medicina podem ter efeitos ditos "anticolinérgicos", como butilbrometo de escopolamina (Buscopan®) e biperideno (Akineton®), entre outros. Diversas drogas de uso em medicina e em psiquiatria, como os antipsicóticos (Ogino, Miyamoto, Miyake, & Yamaguchi, 2014), podem ter efeitos "anticolinérgicos", ainda que algumas com mais efeitos do que outras (Luukkanen et al., 2011). Essas propriedades anticolinérgicas podem comprometer a cognição, causar sonolência e sedação, em particular em idosos (Campbell et al., 2009; Gerretsen & Pollock, 2011; Salahudeen, Duffull, & Nishtala, 2014) e em pacientes com perdas cognitivas leves ou franca demência estabelecida. Em situações de mais gravidade, o paciente poderia evoluir para o *delirium* anticolinérgico, quadro mais grave e menos comum, que, além do comprometimento psiquiátrico do *delirium*, cursa com aumento da temperatura, retenção de urina, dilatação da pupila, boca e olhos secos e vermelhidão. É interessante lembrar que uma parte das estratégias farmacológicas com pacientes com demência é a busca de um aumento colinérgico por meio de drogas pró-colinérgicas: fármacos com ação anticolinérgica, em sentido inverso, poderiam potencialmente diminuir ou anular esse tipo de estratégia para demência.

Anticonvulsivantes

São fármacos para epilepsia, mas também são usados largamente em psiquiatria, em especial no campo dos transtornos bipolares. Em ambas as indicações, é comum que sejam usados por longos períodos, ou mesmo por toda a vida, o que torna seus efeitos adversos de longo prazo sobre a cognição um ponto de importante destaque. Os efeitos indesejáveis sobre o sistema nervoso central mais prevalentes são sedação, sonolência, distratibilidade, insônia e zumbido (Mula & Trimble, 2009). A sedação é associada com a maior parte dos agentes farmacológicos dessa classe, sendo, em geral, transitória e restrita às primeiras semanas de tratamento.

Diversos aspectos metodológicos devem ser levados em conta no estudo da conexão entre efeitos cognitivos e uso de anticonvulsivantes. O transtorno bipolar e a epilepsia podem ter seu impacto específico sobre a cognição, tanto em um caso como no outro, em associação com a gravidade, o número de episódios (de humor e convulsivos) e o tempo de doença. Queixas de memória na epilepsia podem refletir outros aspectos, como ansiedade e depressão (Brunbech & Sabers, 2002). Dodrill (1992) relatou interessantes problemas metodológicos dos estudos neuropsicológicos no campo do efeito cognitivo dos anticonvulsivantes. O autor conclui que estudos mais recentes não mostram um tamanho de efeito significativo na cognição como se pensava em décadas anteriores. Em doses terapêuticas, os anticonvulsivantes causam pouco impacto, mas existe ampla variabilidade individual tanto na dose necessária para controle de convulsões quanto na dose necessária para causar impacto na função cognitiva (Devinsky, 1995). Há consenso de que polifarmácia e doses maiores podem aumentar o risco de efeitos adversos cognitivos. A idade do paciente é outro fator que pode aumentar o risco de efeitos cognitivos adversos, sendo que idosos e crianças são populações de risco (Ortinski & Meador, 2004). Boshuisen e colaboradores (2015) conduziram um estudo de retirada de anticonvulsivantes em que os próprios pacientes eram seus controles, evidenciando melhora no QI de crianças após a remoção do anticonvulsivante em um grupo de operados para epilepsia.

O impacto cognitivo pode ser minimizado pela titulação gradual da droga. Se observados os efeitos cognitivos, e a titulação lenta não for suficiente para resolver um quadro de efetiva disfunção, o descontinuar da droga costuma ser acompanhado da resolução do comprometimento intelectual (Mattson, 2004). A carbamazepina e o valproato são agentes relativamente de pouco risco de alteração cognitiva. A lamotrigina tem pouco efeito de sedação. Já o topiramato, em especial se iniciado diretamente com doses altas, associa-se com mais frequência com dificuldade de encontrar palavras (Post & Altshuler, 2009).

Efeitos psicológicos/neuropsicológicos em oncologia

Denominou-se sob o termo "quimio-brain" ou "chemofog" uma queixa frequente de perda cognitiva pós-quimioterapia. Nas últimas décadas, o estudo do fenômeno era mais restrito a relatos de caso e pequenas séries. Revisões de estudos mais recentes, maiores e mais bem desenhados estão iniciando a confirmação de que, de fato, existiria uma disfunção cognitiva leve, mas mensurável, nessa população (O'Farrell, MacKenzie, & Collins, 2013). Tal disfunção seria mais marcada em pessoas mais idosas (Ahles, Root, & Ryan, 2012; Hurria & Lachs, 2007). Koppelmans, Breteler, Boogerd, Seynaeve e Schagen (2013), revisando estudos de impacto de quimioterapia na função cognitiva (entre sujeitos com câncer que não do sistema nervoso central), concluíram que haveria uma associação da quimioterapia com sutil, ainda que mantido, déficit cognitivo. Não existem, contudo, evidências de que esse tratamento oncológico traria maior risco para posterior demência.

Estudos apontam alteração na habilidade verbal e visuoespacial (Jim et al., 2012). Especificamente entre mulheres submetidas a quimioterapias para câncer de mama, as funções cognitivas alteradas seriam as de memória, atenção e concentração. Dutta (2011), da mesma forma, destaca as alterações de perda de memória de curta duração, atenção e problemas de concentração. Cheung, Tan e Chan (2012), revisando os estudos neuropsicológicos realizados com pacientes tratadas com quimioterapia para câncer de mama, apresentam as baterias mais usadas pelos diferentes estudos. Jansen, Miaskowski, Dodd e Dowling (2007) descrevem a sensibilidade de diversos testes neuropsicológicos para a avaliação de mudanças cognitivas pós-quimioterapia para câncer de mama. Especula-se que o decréscimo do estrógeno poderia potencializar as perdas cognitivas da quimioterapia do câncer de mama (Walker, Drew, Antoon, Kalueff, & Beckman, 2012).

Outro tratamento para câncer associado a alterações neuropsicológicas posteriores é o de terapia de bloqueio androgênico (TBA), prática realizada no câncer de próstata com o objetivo de bloquear farmacologicamente a produção de testosterona pelo organismo, considerando que as metástases desse tipo de câncer precisam de testosterona para crescimento e propagação. A TBA associa-se com diferentes sintomas orgânicos (Grossmann & Zajac, 2011), como diminuição de libido e, no sistema nervoso central, poderia cursar com perdas cognitivas, em especial nas habilidades visuomotoras (McGinty et al., 2014).

Agentes antiparkinsonianos

Agonistas dopaminérgicos usados na doença de Parkinson são conhecidos como agentes psicoticomiméticos (Goldberg & Ernest, 2012). Toda medicação em uso para doença de Parkinson envolve risco de causar confusão, alucinação e disfunção das funções superiores do ego, podendo repercutir em alteração do aprendizado e da capacidade de solução de problemas (Saint-Cyr, Taylor, & Lang, 1993). Tratamentos com fármacos anticolinérgicos, como já revisado, podem trazer mais prejuízos cognitivos, em especial entre idosos e pacientes com algum nível de comprometimento demencial. Já o agonista dopaminérgico pramipexol, usado tanto no parkinsonismo quanto para pernas inquietas, poderia, inclusive, ser útil na melhora da função cognitiva. O pramipexol, entretanto, não é destituído de efeitos adversos neuropsiquiátricos, tendo sido descrito o surgimento de jogo patológico, outros quadros impulsivos e compulsivos ou psicose associados a seu uso (Goldberg & Ernest, 2012).

Agentes antirretrovirais e farmacologia do HIV

O uso de antirretrovirais frequentemente se associa a reações neuropsiquiátricas (Abers, Shandera, & Kass, 2014). Entre as descrições de eventos comportamentais com essa classe de medicamentos, a maior parte dos relatos descreve os efeitos neuropsiquiátricos do fármaco Efavirenz. Com esse fármaco, os eventos adversos mais frequentes são alteração do sono, tontura, problemas vestibulares e, com menos frequência, alteração do humor. Muito raramente o seu uso pode estar associado a psicose e mania.

Com o fármaco zidovudine, são descritos efeitos adversos de humor maníaco e de psicose. Os pacientes mais sensíveis seriam os com história familiar de transtorno do humor.

Avaliação psicológica em cardiologia

Fármacos da classe inibidores da enzima de conversão da angiotensina, diuréticos tiazídicos e amiodarone são agentes cardiológicos associados a alterações do humor, os dois primeiros com descrição de elevação do humor (Sadock & Sadock, 2009). Amiodarone modificaria o humor por via de sua possível ação colateral sobre a tireoide. A ação da digoxina causando alucinações visuais poderia ser um dos sintomas precoces de intoxicação digitálica. Outros sinais psiquiátricos desse tipo de intoxicação são mania, depressão ou alterações cognitivas súbitas sugestivas de *delirium*. Metanálises maiores e mais recentes estão contradizendo a impressão anterior de que o propranolol tivesse marcado e frequente impacto tanto no humor quanto na sexualidade e na cognição (Pérez-Stable et al., 2000). Porém, ainda que síndromes depressivas completas não sejam tão frequentes quanto se imaginava, é muito comum a ocorrência de quadros menores, com poucos sintomas isolados, como fadiga e disfunção sexual, em especial entre idosos (Goldberg & Ernest, 2012).

Além dos fármacos, procedimentos cirúrgicos cardíacos extensos – como a revascularização do miocárdio – são descritos como de potencial risco para perdas cognitivas no pós-operatório. Em especial entre os mais velhos, está descrita no pós-operatório uma discreta, mas mensurável, disfunção cognitiva (Carrascal & Guerrero, 2010; Funder, Steinmetz, & Rasmussen, 2009; Symes, Maruff, Ajani, & Currie, 2000).

Agentes dermatológicos

O produto para acne isotretinoína está associado com sintomatologia depressiva e, inclusive, com risco de suicídio. Para alguns clínicos, contudo, a sintomatologia do humor é de fácil manejo quando o paciente está avisado e tem boa comunicação com o médico (Wolverton & Harper, 2013). Existem descrições do impacto da finasterida causando depressão (Singh & Avram, 2014) e, entre idosos, algum discreto prejuízo na testagem neuropsicológica (Borst et al., 2014), ainda que tais alterações não tenham impacto clínico maior, sendo mais anedótico que frequente.

Agentes gastrintestinais

Existem relatos de efeitos neurológicos, como confusão, cefaleia e depressão, com antagonistas H2, como cimetidina e ranitidina, ainda que o risco desse tipo de efeito seja pequeno. Drogas antidopaminérgicas pró-cinéticas gastrintestinais, como bromoprida, domperidona e metoclopramida, estão relacionadas com reações extrapiramidais e hiperprolactinemia, quadros que potencialmente podem cursar com manifestações neuropsiquiátricas (Tonini et al., 2004), mas em geral não isoladas, com diversos outros comemorativos clínicos que facilitariam o diagnóstico diferencial da etiologia farmacológica do problema.

Interferon-α

O interferon-α é usado no tratamento de hepatites virais, certos linfomas e leucemias e melanomas, com risco de causar depressão em mais de 30% dos que o utilizam, e, também, em percentuais menos comuns, mania e hipomania (Goldberg & Ernest, 2012a). A frequência elevada de efeitos de humor com esse fármaco suscitou a proposta de uso profilático no tratamento antidepressivo, com alguns estudos mostrando resultados bem-sucedidos (Sarkar & Schaefer, 2014; Udina et al., 2014).

Hormônios: anticoncepcional oral, estrógeno e avaliação psicológica da endocrinologia

A emergência ou a exacerbação de quadros de humor logo depois do início de um novo tipo de reposição hormonal ou um novo tipo de anticoncepcional oral (ACO) sugere uma relação de causa e efeito entre a mudança afetiva e o fármaco. Formulações com progesterona estão descritas como de risco para disforia e irritabilidade. A bula sugere descontinuar o uso de pílulas hormonais em caso de depressão significativa. História de humor deve ser investigada com atenção na avaliação pré-uso de ACO.

Em pacientes pós-menopausa, o impacto da reposição hormonal no humor e no desempenho cognitivo é objeto de ampla investigação e controvérsia nas últimas décadas. É possível que a reposição de estrógeno se associe a um risco menor de doença de Alzheimer (Maki, 2013). Nem toda revisão de metanálise, contudo, apoia essa conclusão (Hogervorst & Bandelow, 2010). A *performance* de memória verbal foi melhor em idosos recebendo estrógeno (Wroolie et al., 2011).

O impacto da reposição de hormônio do crescimento em pacientes com comprovada deficiência tem sido estudado experimentalmente (Nyberg & Hallberg, 2013). Sua falta é associada com pequenas disfunções de memória, de velocidade de processamento e de atenção (van Dam, 2005). São clinicamente relevantes e conhecidas as disfunções de humor e de cognição tanto no excesso quanto na falta de hormônio da tireoide e da paratireoide. A deficiência de hormônio masculino, muitas vezes provocada farmacologicamente para tratamento de neoplasias de próstata com bloqueadores hormonais, cursa com alterações cognitivas bem estabelecidas (McGinty et al., 2014).

Pneumologia e fármacos contra o tabagismo

O uso de vareniclina, fármaco empregado para ajudar na cessação do tabagismo, foi associado com diversas alterações comportamentais, como hostilidade, agitação, mudança de humor e pensamentos suicidas, sintomatologia que, inclusive, nos dias de hoje, limitou muito seu uso. Contudo, dois estudos sobre o tamanho do risco de mudanças comportamentais e de humor com o fármaco mostraram que esse risco poderia não ser grande (Goldberg & Ernest, 2012a).

A síndrome da apneia obstrutiva do sono tem importante impacto na testagem cognitiva (Bucks, Olaithe, & Eastwood, 2013), em áreas de atenção, aprendizado, raciocínio e memória (Lal, Strange, & Bachman, 2012), sendo que seu efetivo tratamento pode, em parte, resolver esse tipo de impacto (McMahon, Foresman, & Chisholm, 2003).

Esteroides

O uso de corticoides pode ser associado a alterações psiquiátricas, mais de humor que psicóticas. Essas alterações do humor mais frequentemente seriam mania ou hipomania do que depressão (Dubovsky, Arvikar, Stern, & Axelrod, 2012). Existem revisões de alterações comportamentais específicas para idosos (Cerullo, 2008) e para crianças (Drozdowicz & Bostwick, 2014). Estima-se que as alterações emocionais sejam frequentes – em 2 a 20% dos pacientes que recebem corticoides –, sendo o risco possivelmente proporcional a uma dose mais alta. Há estudos sugerindo profilaxia para evitar alterações comportamentais com uso de corticosteroides (West & Kenedi, 2014), que também está associado a mudanças na cognição (Heffelfinger & Newcomer, 2001; Lupien, Maheu, Tu, Fiocco, & Schramek, 2007).

EFEITOS ADVERSOS PSICOLÓGICOS DE MEDICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Benzodiazepínicos e farmacologia da ansiedade

Muitos pacientes fazem uso continuado e ininterrupto de benzodiazepínicos por longos períodos de tempo (Lader, 2014). O impacto desse uso contínuo sobre a cognição e mesmo sobre o risco de demência, entre idosos, tem sido tema de controvérsia. Estudos epidemiológicos recentes encontraram correlação entre uso de benzodiazepínicos e maior risco de doença de Alzheimer (Billioti de Gage et al., 2014). Essas evidências de 2014 não são definitivamente aceitas por muitos especialistas. Há outras evidências que, em direção contrária, mostram, mesmo entre populações geriátricas, pouco ou nenhum impacto do uso de benzodiazepínicos sobre a cognição (Høiseth et al., 2013). Entre pacientes com pânico, é possível que o quadro psiquiátrico, e não o uso de benzodiazepínicos, de fato esteja mais correlacionado com alterações cognitivas discretas (Deckersbach, Moshier, Tuschen-Caffier, & Otto, 2011).

A classe dos benzodiazepínicos pode ter impacto na *performance* psicomotora, sendo que 10 mg de diazepam poderiam causar o mesmo prejuízo de uma dose de álcool suficiente para configurar infração de trânsito. O uso de benzodiazepínicos também tem sido associado com comportamento desinibido e agressão paradoxal em populações específicas, como pacientes com lesão frontal, idosos ou pacientes com transtorno da personalidade *borderline* (Jones, Nielsen, Bruno, Frei, & Lubman, 2011). O risco de a medicação induzir *delirium* em idosos dementes pode explicar agitação e não sedação associada a seu uso. A interrupção do uso de benzodiazepínicos (seja agudo ou crônico) também pode trazer efeitos sobre a cognição, que têm impacto sobre a testagem psicológica. É essencial que o profissional possa determinar a cronologia do uso de benzodiazepínicos em relação à situação de testagem.

Fármacos similares aos benzodiazepínicos e também indutores do sono, chamados medicamentos da linha Z – como o zolpidem –, podem causar disfunção de memória, ainda que restrita às horas seguintes ao uso. Também logo na sequência do uso são comuns sintomas de distorções visuais, como ilusão, bem como automatismos durante

o sono, como sonambulismo, além de amnésia anterógrada.

Antidepressivos e farmacologia da depressão

Apesar de serem fármacos dirigidos para controle do humor, da ansiedade e da depressão, os antidepressivos serotonérgicos não são inteiramente destituídos de efeitos adversos emocionais. Adolescentes são propensos a efeitos emocionais indesejáveis com essa classe de medicamentos (Gordon & Melvin, 2013). Três tipos de reações são possíveis: no grupo das reações tipo mania, são descritos mania, hipomania e humor elevado. No grupo do espectro depressivo, é possível observar quadros de agravamento da depressão, choro, irritabilidade e emotividade. Já no espectro da agitação, ocorrem efeitos do tipo inquietude, nervosismo e hiperatividade. Ainda podem ocorrer piora da ansiedade, sentimento de desorientação e atordoamento. Essa piora da ansiedade é mais comum em pacientes com diagnóstico de síndrome de pânico, em especial se a dose do fármaco de início não for baixa. Especificamente na população com menos de 24 anos, o aumento da suicidalidade com essa classe de medicamentos tem sido tema de preocupação e estudo. Tal risco não parece existir para sujeitos fora da adolescência.

Efeitos de embotamento emocional (em inglês "emotional blunting/dullness"), em particular para emoções positivas, e outras distorções qualitativas do emocional foram objeto de um estudo qualitativo com usuários respondedores da depressão para os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRSs) (Price, Cole, & Goodwin, 2009). É possível que esse fenômeno de distorções das emoções acometa até 5% dos respondedores a ISRSs, já não mais deprimidos. Nesse estudo, os pacientes falavam de achatamento da variabilidade emocional, dificuldades com sentir afetos positivos, negativos, distanciamento emocional, indiferença. Sansone e Sansone (2010) também descreveram o efeito adverso da indiferença com o uso de ISRSs.

Enquanto o efeito adverso de embotamento é mais restrito ao tipo de antidepressivo serotonérgico, o efeito adverso de virada maníaca é menor com os ISRSs e mais elevado com outras classes de antidepressivos (Tondo, Vázquez, & Baldessarini, 2010). A virada maníaca é um efeito indesejado que ocorreria em 10 a 15% dos tratados com antidepressivos, em especial se não usarem concomitantemente um estabilizador do humor. Na testagem neuropsicológica, sintomas menos evidentes de hipomania poderiam ser traços hipertímicos de temperamento e humor elevado, jocosidade e associação rápida de ideias.

Lítio e farmacologia da bipolaridade

Três classes principais de fármacos são usadas para controle dos quadros de bipolaridade, sendo os anticonvulsivantes um grupo já discutido neste capítulo e os antipsicóticos um grupo que será discutido adiante. O lítio, o terceiro tipo de medicação usada como estabilizador do humor, tem um possível efeito adverso cognitivo. Uma eventual ação sobre a memória declarativa e sobre o funcionamento executivo é descrita. Entre pacientes bipolares que usam lítio e apresentam essa disfunção cognitiva, a dificuldade maior reside em distinguir o que é alteração decorrente da doença e o que é impacto do lítio sobre a cognição. Uma metanálise recente identificou comprometimento leve da capacidade de aprendizagem verbal e memória, além da criatividade, sem impacto do fármaco sobre memória verbal ou visual, velocidade de processamento e *performance* psicomotora (A. P. Wingo, T. S. Wingo, Harvey, & Baldessarini, 2009). O clínico que identifica queixa cognitiva durante o uso de lítio deve atentar para causas indiretas, que não o fármaco, para esse sintoma: como tireoideopatia associada (o lítio pode causar alteração da função de tireoide) ou um quadro depressivo que pode alterar a cognição. Pacientes com queixa cognitiva podem receber folato, medida que ajuda a diminuir as concentrações de homocisteína, o que, em tese, poderia auxiliar na disfunção cognitiva (Post & Altshuler, 2009).

Queixas cognitivas brandas e em geral transitórias, como falta de espontaneidade, lentificação de tempo de resposta, ineficiência intelectual e pontuais perdas de memória, são reações neurológicas mais prevalentes, ainda que de pouca intensidade. Idosos podem ter um risco maior desse impacto cognitivo do lítio, efeito que pode ser menor se seu nível sérico for mantido aquém do preconizado para outras faixas etárias (Sproule, Hardy, & Shulman, 2000).

Antipsicóticos e farmacologia da esquizofrenia

Na esquizofrenia, tanto sintomas negativos quanto cognitivos podem causar boa parte da disfunção social e laboral. Os sintomas negativos

podem ser classificados em primários ou secundários, sendo que os secundários podem decorrer de depressão ou de efeitos colaterais extrapiramidais (ECE) dos antipsicóticos. Acinesia é, em geral, um ECE mais frequente com antipsicóticos de primeira geração (ou mais antigos) do que com antipsicóticos de segunda geração. A acinesia pode se manifestar como diminuição da fala, da motivação e de gestos espontâneos.

De forma análoga, sintomas cognitivos são muito típicos da doença esquizofrênica em si. Mas também os antipsicóticos e mesmo fármacos antiparkinsonianos (de uso frequente nesses casos) podem causar ou piorar essa disfunção cognitiva. Os efeitos anticolinérgicos desses fármacos podem trazer impacto cognitivo indistinguível do causado pela doença. Não está claro se os fármacos de segunda geração, mais modernos, seriam menos impactantes na cognição do que os de primeira geração (Kane, Stroup, & Marder, 2009).

Ampliadores cognitivos, fármacos para Alzheimer e psicoestimulantes

Fármacos inicialmente desenvolvidos para doenças demenciais, seja da classe dos inibidores da colinesterase, seja a memantina, não causam prejuízos no desempenho cognitivo, mas poderiam melhorar os escores. Esse efeito benéfico está sendo estudado tanto para pacientes com demência quanto para pacientes com perdas cognitivas secundárias a doenças do humor ou mesmo esquizofrenia. Já as drogas estimulantes, como o metilfenidato, também têm um potencial de benefício no desempenho na testagem, em particular e de forma mais pronunciada, em sujeitos que sofram de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Uma melhora de desempenho em funções cognitivas de pessoas sem essa patologia é menos documentada (Smith & Farah, 2011) e alvo de discussões éticas mais amplas (Forlini & Racine, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversas condições médicas e fármacos podem acarretar alterações em funções mentais. Tais alterações podem ocorrer de forma aguda ou crônica, e em situações de início, aumento de dose ou descontinuação de fármacos. Em situações de testagem neuropsicológica e psicodiagnóstico, é essencial que o profissional colete uma história detalhada das comorbidades médicas, da utilização de medicamentos e de drogas lícitas e ilícitas. O conhecimento dessas variáveis deve ser levado em conta na discussão dos achados e no diagnóstico diferencial das causas de tais alterações. Ademais, testagens futuras em diferentes condições (p. ex., se uma condição médica foi resolvida ou se um determinado fármaco foi interrompido) poderão ser úteis no esclarecimento das causas de tais achados.

REFERÊNCIAS

Abers, M. S., Shandera, W. X., & Kass, J. S. (2014). Neurological and psychiatric adverse effects of antiretroviral drugs. *CNS Drugs, 28*(2), 131-145.

Ahles, T. A., Root, J. C., & Ryan, E. L. (2012). Cancer- and cancer treatment-associated cognitive change: An update on the state of the science. *Journal of Clinical Oncology, 30*(30), 3675-3686.

Billioti de Gage, S., Moride, Y., Ducruet, T., Kurth, T., Verdoux, H., Tournier, M., ... Bégaud, B. (2014). Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: Case-control study. *BMJ, 349*, g5205.

Borst, S. E., Yarrow, J. F., Fernandez, C., Conover, C. F., Ye, F., Meuleman, J. R., ... Shuster, J. J. (2014). Cognitive effects of testosterone and finasteride administration in older hypogonadal men. *Journal of Clinical Interventions in Aging, 9*, 1327-1333.

Boshuisen, K., van Schooneveld, M. M., Uiterwaal, C. S., Cross, J. H., Harrison, S., Polster, T., ... TimeToStop cognitive outcome study group. (2015). Intelligence quotient improves after antiepileptic drug withdrawal following pediatric epilepsy surgery. *Annals of Neurology, 78*(1), 104-114.

Bowen, J. D., & Larson, E. B. (1993). Drug-induced cognitive impairment. Defining the problem and finding solutions. *Drugs & Aging, 3*(4), 349-357.

Brunbech, L., & Sabers, A. (2002). Effect of antiepileptic drugs on cognitive function in individuals with epilepsy: A comparative review of newer versus older agents. *Drugs, 62*(4), 593-604.

Bucks, R. S., Olaithe, M., & Eastwood, P. (2013). Neurocognitive function in obstructive sleep apnoea: A meta-review. *Respirology, 18*(1), 61-70.

Campbell, N., Boustani, M., Limbil, T., Ott, C., Fox, C., Maidment, I., ... Gulati, R. (2009). The cognitive impact of anticholinergics: A clinical review. *Journal of Clinical Interventions in Aging, 4*, 225-233.

Carrascal, Y., & Guerrero, A. L. (2010). Neurological damage related to cardiac surgery: Pathophysiology, diagnostic tools and prevention strategies. Using actual knowledge for planning the future. *Neurologist, 16*(3), 152-164.

Cerullo, M. A. (2008). Expect psychiatric side effects from corticosteroid use in the elderly. *Geriatrics, 63*(1), 15-18.

Cheung, Y. T., Tan, E. H., & Chan, A. (2012). An evaluation on the neuropsychological tests used in the assessment of postchemotherapy cognitive changes in breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer, 20*(7), 1361-1375.

Deckersbach, T., Moshier, S. J., Tuschen-Caffier, B., & Otto, M. W. (2011). Memory dysfunction in panic disorder: An investigation of the role of chronic benzodiazepine use. *Depression and Anxiety, 28*(11), 999-1007.

Devinsky, O. (1995). Cognitive and behavioral effects of antiepileptic drugs. *Epilepsia, 36*(Suppl 2), S46-S65.

Dodrill, C. B. (1992). Problems in the assessment of cognitive effects of antiepileptic drugs. *Epilepsia, 33*(Suppl 6), S29-S32.

Drozdowicz, L. B., & Bostwick, J. M. (2014). Psychiatric adverse effects of pediatric corticosteroid use. *Mayo Clinic Proceedings, 89*(6), 817-834.

Dubovsky, A. N., Arvikar, S., Stern, T. A., & Axelrod, L. (2012). The neuropsychiatric complications of glucocorticoid use: Steroid psychosis revisited. *Psychosomatics, 53*(2), 103-115.

Dutta, V. (2011). Chemotherapy, neurotoxicity, and cognitive changes in breast cancer. *Journal of Cancer Research and Therapeutics, 7*(3), 264-269.

Ersek, M., Cherrier, M. M., Overman, S. S., & Irving, G. A. (2004). The cognitive effects of opioids. *Current Pharmaceutical Design, 5*(2), 75-93.

Forlini, C., & Racine, E. (2009). Disagreements with implications: Diverging discourses on the ethics of non-medical use of methylphenidate for performance enhancement. *BMC Medical Ethics, 10*, 9.

Funder, K. S., Steinmetz, J., & Rasmussen, L. S. (2009). Cognitive dysfunction after cardiovascular surgery. *Minerva Anestesiologica, 75*(5), 329-332.

Gerretsen, P., & Pollock, B. G. (2011). Drugs with anticholinergic properties: A current perspective on use and safety. *Expert Opinion on Drug Safety, 10*(5), 751-765.

Goldberg, J. F., & Ernest, C. L. (2012a). Adverse psychiatric effects of nonpsychotropic medications. In J. F. Goldberg, & C. L. Ernest, *Managing the side effects of psychotropic medications*. Genebra: APA.

Goldberg, J. F., Ernest, C. L. (2012b). Vulnerable populations. In J. F. Goldberg, & C. L. Ernest, *Managing the side effects of psychotropic medications*. Genebra: APA.

Gordon, M., & Melvin, G. (2013). Selective serotonin re-uptake inhibitors--a review of the side effects in adolescents. *Australian Family Physician, 42*(9), 620-623.

Grossmann, M., & Zajac, J. D. (2011). Management of side effects of androgen deprivation therapy. *Endocrinology Metabolism Clinics of North America, 40*(3), 655-671.

Heffelfinger, A. K., & Newcomer, J. W. (2001). Glucocorticoid effects on memory function over the human life span. *Development and Psychopathology, 13*(3), 491-513.

Hogervorst, E., & Bandelow, S. (2010). Sex steroids to maintain cognitive function in women after the menopause: A meta-analyses of treatment trials. *Maturitas, 66*(1), 56-71.

Høiseth, G., Tanum, L., Tveito, M., Kristiansen, K. M., Kvande, K., Lorentzen, B., ... Bramness, J. (2013). A clinical study of the cognitive effects of benzodiazepines in psychogeriatric patients. *Pharmacopsychiatry, 46*(6), 209-213.

Højsted, J., Kurita, G. P., Kendall, S., Lundorff, L., de Mattos Pimenta, C. A., & Sjøgren, P. (2012). Non-analgesic effects of opioids: The cognitive effects of opioids in chronic pain of malignant and non-malignant origin. An update. *Current Pharmaceutical Design, 18*(37), 6116-6122.

Hurria, A., & Lachs, M. (2007). Is cognitive dysfunction a complication of adjuvant chemotherapy in the older patient with breast cancer? *Breast Cancer Research and Treatment, 103*(3), 259-268.

Jamison, R. N., & Edwards, R. R. (2013). Risk factor assessment for problematic use of opioids for chronic pain. *The Clinical Neuropsychologist, 27*(1), 60-80.

Jansen, C. E., Miaskowski, C. A., Dodd, M. J., & Dowling, G. A. (2007). A meta-analysis of the sensitivity of various neuropsychological tests used to detect chemotherapy-induced cognitive impairment in patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 34*(5), 997-1005.

Jim, H. S., Phillips, K. M., Chait, S., Faul, L. A., Popa, M. A., Lee, Y. H., Hussin, M. G. J., ...Small, B. J. (2012). Meta-analysis of cognitive functioning in breast cancer survivors previously treated with standard-dose chemotherapy. *Clinical Oncology, 30*(29), 3578-3587.

Jones, K. A., Nielsen, S., Bruno, R., Frei, M., & Lubman, D. I. (2011). Benzodiazepines: Their role in aggression and why GPs should prescribe with caution. *Australian Family Physician, 40*(11), 862-865.

Kane, J., Stroup, T. S., & Marder, S. R. (2009). Schizophrenia: Pharmacological treatment. In B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed.). [S. l.]: Wolters Kluwer.

Koppelmans, V., Breteler, M. M., Boogerd, W., Seynaeve, C., & Schagen, S. B. (2013). Intelligence quotient improves after antiepileptic drug withdrawal following pediatric epilepsy surgery. *Annals of Neurology, 78*(1), 104-114.

Kurita, G. P., Lundorff, L., Pimenta, C. A., & Sjøgren, P. (2009). The cognitive effects of opioids in cances: A systematic review. *Supportive Care in Cancer, 17*(1), 11-21.

Lader, M. (2014). Benzodiazepine harm: How can it be reduced? *British Journal of Clinical Pharmacology, 77*(2), 295-301.

Lal, C., Strange, C., & Bachman, D. (2012). Neurocognitive impairment in obstructive sleep apnea. *Chest, 141*(6), 1601-1610.

Lupien, S. J., Maheu, F., Tu, M., Fiocco, A., & Schramek, T. E. (2007). The effects of stress and stress hormones on human cognition: Implications for the field of brain and cognition. *Brain and Cognition, 65*(3), 209-237.

Luukkanen, M. J., Uusvaara, J., Laurila, J. V., Strandberg, T. E., Raivio, M. M., Tilvis, R. S., & Pitkälä, K. H. (2011). Anticholinergic drugs and their effects on delirium and mortality in the elderly. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra, 1*(1), 43-50.

Maki, P. M. (2013). Critical window hypothesis of hormone therapy and cognition: A scientific update on clinical studies. *Menopause, 20*(6), 695-709.

Mattson, R. H. (2004). Cognitive, affective, and behavioral side events in adults secondary to antiepileptic drug use. *Reviews in Neurological Diseases, 1*(Suppl 1), S10-S17.

McGinty, H. L., Phillips, K. M., Jim, H. S., Cessna, J. M., Asvat, Y., Cases, M. G., ... Jacobsen, P. B. (2014). Cognitive functioning in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer, 22*(8), 2271-2280.

McMahon, J. P., Foresman, B. H., & Chisholm, R. C. (2003). The influence of CPAP on the neurobehavioral performance of patients with obstructive sleep apnea hypopnea syndrome: a systematic review. *WMJ, 102*(1), 36-43.

Meador, K. J. (1998). Cognitive side effects of medications. *Neurologic Clinics, 16*(1), 141-155.

Mula, M., & Trimble, M. R. (2009). Antiepileptic drug-induced cognitive adverse effects: Potential mechanisms and contributing factors. *CNS Drugs, 23*(2), 121-137.

Nyberg, F., & Hallberg, M. (2013). Growth hormone and cognitive function. *Nature Reviews Endocrinology, 9*(6), 357-365.

O'Farrell, E., MacKenzie, J., & Collins, B. (2013). Clearing the air: A review of our current understanding of "chemo fog". *Current Oncology Reports, 15*(3), 260-269.

Ogino, S., Miyamoto, S., Miyake, N., & Yamaguchi, N. (2014). Benefits and limits of anticholinergic use in schizophrenia: Focusing on its effect on cognitive function. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 68*(1), 37-49.

Ortinski, P., & Meador, K. J. (2004). Cognitive side effects of antiepileptic drugs. *Epilepsy & Behavior, 5*(Suppl 1), S60-S65.

Pérez-Stable, E. J., Halliday, R., Gardiner, P. S., Baron, R. B., Hauck, W. W., ... Coates, T. J. (2000). The effects of propranolol on cognitive func-

tion and quality of life: a randomized trial among patients with diastolic hypertension. *The American Journal of Medicine, 108*(5), 359-365.

Post, R. M., & Altshuler, L. L. (2009). Mood disorders: Treatment of bipolar disorders. In B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed.). [S. l.]: Wolters Kluwer.

Price, J., Cole, V., & Goodwin, G. M. (2009). Emotional side-effects of selective serotonin reuptake inhibitors: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry, 195*(3), 211-217.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2009). Cardiovascular disorders. In B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed.). [S. l.]: Wolters Kluwer.

Saint-Cyr, J. A., Taylor, A. E., & Lang, A. E. (1993). Neuropsychological and psychiatric side effects in the treatment of Parkinson's disease. *Neurology, 43*(12 Suppl 6), S47-S52.

Salahudeen, M. S., Duffull, S. B., & Nishtala, P. S. (2014). Impact of anticholinergic discontinuation on cognitive outcomes in older people: a systematic review. *Drugs & Aging, 31*(3), 185-192.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). SSRI-Induced Indifference. *Psychiatry (Edgmont), 7*(10), 14-18.

Sarkar, S., & Schaefer, M. (2014). Antidepressant pretreatment for the prevention of interferon alfa-associated depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatics, 55*(3), 221-234.

Singh, M. K., & Avram, M. (2014). Persistent sexual dysfunction and depression in finasteride users for male pattern hair loss: A serious concern or red herring? *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology, 7*(12), 51-55.

Smith, M. E., & Farah, M. J. (2011). Are prescription stimulants "smart pills"? The epidemiology and cognitive neuroscience of prescription stimulant use by normal healthy individuals. *Psychological Bulletin, 137*(5), 717-741.

Sproule, B. A., Hardy, B. G., & Shulman, K. I. (2000). Differential pharmacokinetics of lithium in elderly patients. *Drugs & Aging, 16*(3), 165-177.

Symes, E., Maruff, P., Ajani, A., & Currie, J. (2000). Issues associated with the identification of cognitive change following coronary artery bypass grafting. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(5), 770-784.

Tondo, L., Vázquez, G., & Baldessarini, R. J. (2010). Mania associated with antidepressant treatment: Comprehensive meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 121*(6), 404-414.

Tonini, M., Cipollina, L., Poluzzi, E., Crema, F., Corazza, G. R., & De Ponti, F. (2004). Review article: Clinical implications of enteric and central D2 receptor blockade by antidopaminergic gastrointestinal prokinetics. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics,19*(4), 379-390.

Turjanski , N., Lloyd, G. G. (2005). Psychiatric side-effects of medications: Recent developments. *Advances in Psychiatric Treatment, 11*(1), 58-70.

Udina, M., Hidalgo, D., Navinés, R., Forns, X., Solà, R., Farré, M., ... Martín-Santos, R. (2014). Prophylactic antidepressant treatment of interferon-induced depression in chronic hepatitis C: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry, 75*(10), e1113-e1112.

van Dam PS. (2005). Neurocognitive function in adults with growth hormone deficiency. *Hormone Research in Paediatrics, 64*(Suppl 3), 109-1014.

Walker, C. H., Drew, B. A., Antoon, J. W., Kalueff, A. V., & Beckman, B. S. (2012). Neurocognitive effects of chemotherapy and endocrine therapies in the treatment of breast cancer: Recent perspectives. *Cancer Investigation, 30*(2), 135-148.

West, S., & Kenedi, C. (2014). Strategies to prevent the neuropsychiatric side-effects of corticosteroids: A case report and review of the literature. *Current Opinion in Organ Transplantation, 19*(2), 201-208.

Wingo, A. P., Wingo, T. S., Harvey, P. D., & Baldessarini, R. J. (2009). Effects of lithium on cognitive performance: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry, 70*(11), 1588-1597.

Wolverton, S. E., & Harper, J. C. (2013). Important controversies associated with isotretinoin therapy for acne. *American Journal of Clinical Dermatology, 14*(2), 71-76.

Wroolie, T. E., Kenna, H. A., Williams, K. E., Powers, B. N., Holcomb, M., Khaylis, A., & Rasgon, N. L. (2011). Differences in verbal memory performance in postmenopausal women receiving hormone therapy: 17β-estradiol versus conjugated equine estrogens. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 19*(9), 792-802.

Xavier, F. M., Ferraz, M. P., Trentini, C. M., Freitas, N. K., Moriguchi, E. H. (2002). Bereavement-related cognitive impairment in an oldest-old community-dwelling Brazilian sample. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 24*(3), 294-301.

11

GENOGRAMA FAMILIAR

Mariana Gonçalves Boeckel
Laíssa Eschiletti Prati

Avaliar a complexidade inerente às relações familiares é uma preocupação relativamente recente na psicologia. O genograma como recurso avaliativo e interventivo surge como uma ferramenta bastante útil para acessar essas interações, e sua utilização encontra-se cada vez mais ampla na prática psicológica nas últimas décadas. Trata-se de um instrumento que permite organizar, de forma sintética e clara, inúmeras informações quanto à dinâmica familiar. Este capítulo objetiva descrever o genograma como modalidade técnica avaliativa da dinâmica transgeracional familiar.

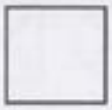
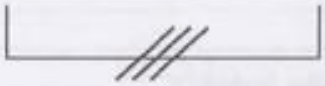
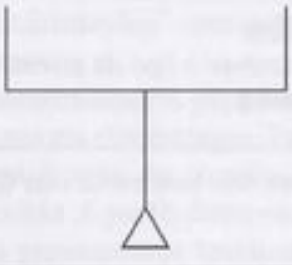
O genograma[1] é a representação gráfica das relações familiares. Contém informações sobre a estrutura, o funcionamento e a dinâmica de, ao menos, três gerações de um sistema familiar. Utiliza o suporte gráfico para proporcionar uma modalidade narrativa sobre histórias desse sistema. Essa narrativa ocorre por intermédio da linguagem verbal, ou, ainda, por intermédio das linguagens analógica, metafórica e representativa, que facilitam a aproximação às emoções e redescobertas de novos significados. Seu uso no contexto avaliativo viabiliza o delineamento das configurações das relações transgeracionais, auxilia na construção dos nexos mais representativos entre as distintas gerações e evidencia aspectos mais complexos das relações atuais (Andolfi, 2003).

Considera-se como um dos pioneiros da técnica o psiquiatra e terapeuta familiar norte-americano Murray Bowen. Ele estudou árvores genealógicas de diversas famílias e identificou o impacto da transmissão transgeracional nas interações familiares atuais. Autores como Guerin e Pendgast (1976), Montàgano e Pazzagli (1989), McGoldrick, Gerson e Petry (2012) e Cerveny (2014) também se apropriaram da técnica e a aprimoraram. Eles destacam a ideia de que a técnica do genograma permite o acesso à dinâmica familiar de forma mais proeminente do que entrevistas centradas na realidade atual ou a livre narrativa sobre a história familiar.

O uso do genograma como técnica avaliativa e interventiva difere da construção do genograma por parte do avaliador de forma breve, com o intuito de conhecer e contextualizar a demanda trazida pela família. É construído em conjunto com o(s) paciente(s) e facilita o acesso às memórias e aos relatos do mundo relacional. Inclui muitos dados, além de nomes, idades e eventos importantes. Sua construção implica, necessariamente, o aprofundamento das histórias e das relações estabelecidas com as famílias de origem. Para sua construção, existem símbolos comumente utilizados que auxiliam na compreensão gráfica da dinâmica familiar. Há símbolos que representam a estrutura (Tab. 11.1), as informações sobre a família e seus membros (Tab. 11.2) e suas relações emocionais (Tab. 11.3).

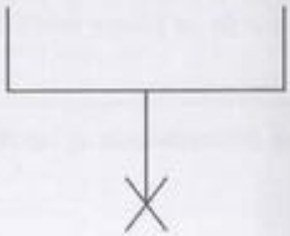
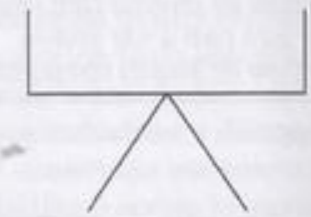
[1] Alguns autores utilizam o termo genetograma e outros genograma. A opção pelo termo genograma tem a intenção de salientar que o desenho da família está além da genética, envolvendo relações, sentimentos, padrões de funcionamento, pessoas e eventos significativos, entre outros.

TABELA 11.1
Representações de estrutura familiar

Estes símbolos representam a construção do desenho, apresentando as pessoas da família e indicando suas relações geracionais.	Gráfico
Homem *Refere-se ao sexo e não à orientação sexual.*	
Mulher *Refere-se ao sexo e não à orientação sexual.*	
Sexo desconhecido ou hermafroditismo	
Tipos de relacionamento	
Namoro	
Noivos	
Casamento ou união estável *Em caso de múltiplas uniões, procurar apresentar a união em diferentes alturas, indicando de forma clara a sequência das uniões por datas de união e separação junto aos traços.*	
Casamento anulado *Conforme Novo Código Civil – Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002.*	
Separado *Em caso de separação com filhos, colocar o traço entre os filhos e o genitor que não está com a sua guarda.*	
Divorciado *Em caso de divórcio com filhos, colocar os traços entre os filhos e o genitor que não está com a sua guarda.* *Em caso de guarda compartilhada, os filhos ficam entre os traços.*	
Viúvo	
Tipos de filiação	
Gravidez *É importante que o tamanho do triângulo seja relativamente menor que o desenho das demais pessoas no genograma.*	

Continua

TABELA 11.1
Representações de estrutura familiar

Aborto espontâneo *É importante que o tamanho da esfera seja relativamente menor que o desenho das demais pessoas no genograma.*	
Aborto provocado *É importante que o tamanho do X seja relativamente menor que o desenho das demais pessoas no genograma.*	
Guarda temporária *Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90).*	
Adoção	
Filho biológico	
Nascimentos múltiplos *Colocar uma linha na diagonal para cada filho da mesma gestação. Em caso de gêmeos univitelinos, colocar uma linha ligando-os.*	
Outros	
Animal *Descrever o tipo de animal ao lado do símbolo, quando significativo para a família.*	

Fonte: Com base em Cerveny (2014) e Genopro.com (c2015).

TABELA 11.2
Representações de informações sobre a família

Estes símbolos representam informações específicas das pessoas das famílias que interferem na dinâmica relacional do sistema familiar.	Gráfico
Morte *Especificar a causa da morte e a data.*	
Dependência química *Especificar a substância preferencial.*	
Doença clínica *Especificar o tipo de doença clínica ou diagnóstico.*	
Doença mental *Especificar o tipo de doença mental ou diagnóstico.*	
Suspeita de dependência química *Especificar a substância.*	
Doença mental com uso de drogas *Especificar o tipo de doença mental e a substância preferencial.*	
Traição *A traição refere-se a qualquer quebra de confiança, não somente traição afetiva. Uma traição emocional ou ruptura de um segredo também podem ser representadas no genograma. Descrever o tipo de traição no desenho.*	
Segredo *Desenhar o cadeado próximo à situação envolvida no segredo e explicar.*	

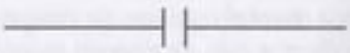
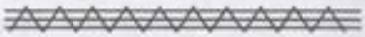
Fonte: Com base em Cerveny (2014) e Genopro.com (c2015).

Sugere-se a utilização do genograma na etapa final do processo avaliativo, com o intuito de investigar hipóteses relacionais elaboradas durante etapas avaliativas anteriores. Nessa situação, sua aplicação permite acessar a dinâmica relacional ou informações familiares específicas que complementam o diagnóstico e o prognóstico provenientes da aplicação de outros instrumentos psicológicos.

A construção do genograma é processual e requer do avaliador habilidades para respeitar o tempo que a família ou que a pessoa em processo de avaliação psicológica necessita. A durabilidade de cada etapa é relativa, já que cada processo é intensamente singular e requer tempo diferente tanto no que concerne à investigação mais apurada como no que tange ao tempo para a elaboração dos conteúdos suscitados. Acredita-se ser fundamental pelo menos dois encontros para a construção do genograma, tendo em vista que muitas vezes é preciso "buscar informações" com outros membros da família extensa.

Partindo dessa contextualização, propomos a construção do genograma em cinco etapas. Para isso, buscou-se a exemplificação da técnica na descrição de um caso modelo. A partir desse caso, serão retomados alguns pressupostos teóricos e técnicos indispensáveis para o uso do genograma como instrumento investigativo e avaliativo.

TABELA 11.3
Representações de relações emocionais familiares

Estes símbolos indicam como as pessoas se relacionam. Exigem, necessariamente, a ligação entre pessoas.	Gráfico
Vinculação entre pessoas	
Distanciamento	
Conflito	
Agressão/Violência	
Abuso emocional	
Abuso físico	
Abuso sexual	
Ruptura de contato	
Proximidade afetiva	
Intensa proximidade afetiva	
Fusionamento	
Organização física da família	
Moram juntos *Desenhar uma linha em torno das pessoas que moram na mesma casa.*	
Guarda compartilhada *As crianças que vivenciam a questão da guarda compartilhada devem ser incluídas em dois núcleos de famílias que moram juntos.*	

Fonte: Com base em Cerveny (2014) e Genopro.com (c2015).

As cinco etapas norteadoras são:

1) Contextualização da estrutura familiar e avaliação da utilidade de uso do genograma
2) Investigação relacional da família de origem de um dos membros do casal
3) Investigação relacional da família de origem do outro membro do casal
4) Investigação relacional da família atual
5) Associações transgeracionais e conexão com a demanda/objetivo da avaliação

PRIMEIRA ETAPA

Conteúdos referentes à estrutura e à dinâmica familiar costumam fazer parte de qualquer processo de avaliação psicológica, podendo ser na forma

VINHETA CLÍNICA / 11.1.1 – PRIMEIRA ETAPA

O contato telefônico foi realizado por Florinda, a mãe, que relata que a filha de 8 anos, Maria, não consegue aprender a ler e a escrever. A escola solicitou uma avaliação psicológica. Maria participou de uma avaliação cognitiva, não apresentando prejuízos. Durante essa etapa do processo avaliativo, em uma das sessões com os pais, a mãe referiu haver algo muito triste na família que ela ainda não gostaria de contar. O pai, Arthur, complementou dizendo: "Passado é passado, temos que olhar para a frente; falar sobre dor não leva a nada".

Com o resultado da avaliação e as falas dos pais, considerou-se relevante investigar a história familiar a fim de compreender se existia alguma associação entre o sintoma e a dinâmica transgeracional. Tendo em vista a disponibilidade da família de Maria, todos os membros foram convidados a participar da construção do genograma. A família era composta pelo casal de pais e dois filhos, sendo a Maria a mais velha (Fig. 11.1).

de relatos breves ou mais aprofundados, suscitados por intermédio da entrevista psicológica ou de escalas, questionários, entre outros instrumentos. Esses conteúdos constituirão o alicerce na definição da utilidade do uso do genograma para determinado caso avaliado. Assim, a primeira etapa do genograma como recurso avaliativo inclui desde a ponderação, por parte do avaliador, quanto à sua utilidade e viabilidade (averiguar se há disponibilidade para tal por parte do avaliando), até o delineamento dos objetivos do uso de tal técnica. O planejamento dos objetivos deverá ser constituído por hipóteses de possíveis associações entre o sintoma que originou a avaliação e a dinâmica familiar.

É importante considerar que o uso do genograma como técnica avaliativa requer o estabelecimento de um vínculo terapêutico de confiança não apenas com a pessoa em avaliação, mas com a família, pois se almeja que ela participe do processo junto com o paciente identificado. Como é um recurso que possibilita acessar histórias íntimas e, muitas vezes, de importante impacto emocional, o vínculo de confiança será primordial.

Algumas falas podem ser indicativas da utilidade e da viabilidade do uso do genograma, como: "Se você conhecesse a minha sogra..."; "O tio já dizia isso"; "Você se parece com o seu avô"; "Se seu avô estivesse vivo..."; "Algumas coisas não são ditas nesta família"; "Meu pai nunca se preocupou e me criei firme e forte, por que teria que ser diferente com meu filho?"; "Eu não posso interferir, pois é a minha mãe que cuida da nossa filha".

A partir disso, sugere-se a técnica de construção do genograma para o paciente identificado (avaliando) e, se possível, a inclusão da família no processo de avaliação. Explica-se, então, a proposta de construção da história de, pelo menos, três gerações. Destaca-se a relevância da técnica como recurso para conhecer a família e, consequentemente, compreender as relações entre o motivo de encaminhamento para avaliação e a história familiar.

O avaliador conversou com os pais, a fim de convidar a família a participar de uma avaliação das relações familiares por meio do genograma. Inicialmente, Florinda e Arthur questionaram a utilidade de relembrar histórias familiares. O avaliador resgatou as falas trazidas anteriormente e o quanto não ser permitido falar sobre determinados assuntos traz sofrimentos para as famílias. Florinda chorou e concordou. Arthur disse que se fosse para o bem da filha, ele aceitaria. Solicitou-se, na ocasião, que resgatassem a história,

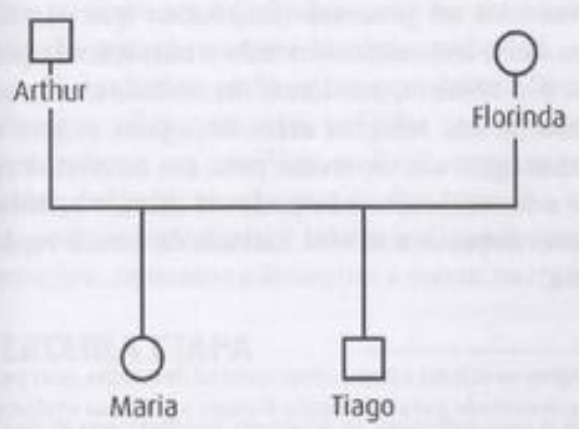


FIGURA 11.1 / Genograma – primeira etapa.

VINHETA CLÍNICA / 11.1.2 – SEGUNDA ETAPA

Comparecem à sessão Arthur, Florinda, Maria e Tiago. O avaliador inicia o encontro solicitando que contem a história familiar livremente. Arthur começa falando que seus pais moravam no campo e nunca estudaram, que ele mesmo só estudou até o 4º ano. Relata que a vida era muito dura, que ele e seus dois irmãos trabalhavam na lavoura desde crianças. Sua irmã cuidava da casa junto com a mãe, e ambas trabalhavam fazendo doces para fora. Florinda contribui acrescentando que seus sogros eram muito trabalhadores e morreram cedo em função da vida dura. Arthur conta que era muito comum eles adoecerem devido ao trabalho e à alimentação precária. Lembra que a irmã teve pneumonia duas vezes, sendo hospitalizada.

Enquanto o casal relata, o avaliador constrói o genograma em uma folha de *flipchart*. Para isso, questiona alguns pontos: idade dos irmãos; época da morte dos pais; como os pais se conheceram; se houve ritual de casamento; como foi a união; onde moravam; qual a relação com a família extensa; quais as características culturais da família; quem estudou e até que série; quem tinha facilidade para aprender coisas novas; quem tinha dificuldade para aprender coisas novas; entre outros. Arthur não lembrava detalhes da história de vida de seus avós e de seus pais, pois, segundo ele, pouco se conversava sobre "essas coisas na família". Então, foi solicitado a ele que conversasse com seus irmãos (mais velhos) para tentar descobrir mais informações.

Arthur conseguiu, com seu irmão mais velho, uma foto de sua família materna, que ele não conhecia. A foto era típica da época, 1920, e ali aparece um tio que morreu quando era bebê e do qual Arthur nunca ouvira falar. Diz, também, que isso era muito comum: "Os bebês morriam". Sobre o pai, refere que não conseguiu descobrir nada, que era muito calado e sua família era de outro Estado. O pai dizia que "olhar para o passado não garantia o sustento". O avaliador investiga detalhes e registra essas informações, confirmando a hipótese de que está diante de uma família que apresenta dificuldades para falar sobre alguns temas, possivelmente os dolorosos. O avaliador pergunta se gostariam de dar um título à família, um nome que a caracterizasse (Fig. 11.2). Às vezes, dar títulos e nomes para a família ou para os núcleos familiares pode facilitar a identificação de padrões e características. Arthur denominou a sua família de origem como "Fortaleza".

conversassem com pessoas significativas, revisitassem álbuns da família e trouxessem fotos, objetos e registros que julgassem representativos. É importante destacar aos integrantes da família que devem coletar o maior número possível de informações sobre relações, conflitos, doenças, histórias típicas, histórias sobre a origem da família, características marcantes de cada um, etc. Solicitou-se aos pais, Florinda e Arthur, que compartilhassem essas instruções com os filhos.

SEGUNDA ETAPA

A construção do genograma começa com a narração da história da família de origem por um dos membros do casal/pais. Geralmente, parte-se da história de um dos pais. Quanto a qual das histórias será a escolhida, fica a cargo do paciente decidir. É solicitado que a pessoa escolhida fale sobre a sua família, enquanto o avaliador organiza o desenho gráfico do genograma em um *flipchart*, em uma cartolina ou em um papel pardo.[2] Orienta-se aos demais membros da família envolvidos no processo terapêutico que participem desse momento, ouvindo a narração da pessoa. No entanto, em casos de violência e de segredo (p. ex., relações extraconjugais), sugere-se a montagem em separado, pois, em contextos em que a comunicação não pode ser clara, a história, provavelmente, não será narrada de forma verdadeira.

[2] Sugere-se utilizar o papel como material de escolha, pois pode ser armazenado para revisitação durante o processo avaliativo e/ou psicoterapêutico. A utilização de recursos eletrônicos também é interessante, desde que armazenáveis.

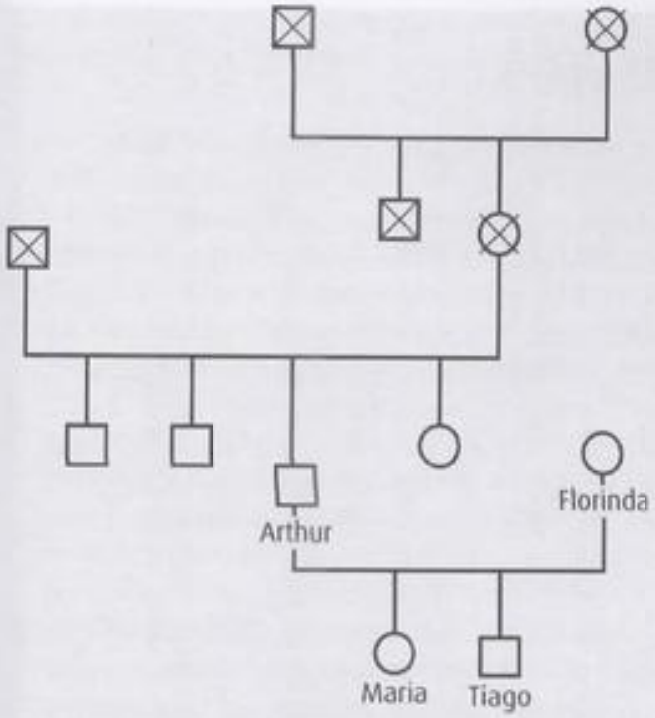


FIGURA 11.2 / Genograma – segunda etapa.

É importante investigar, em cada família, aspectos como: quem são as pessoas; suas idades; qual a sua origem cultural; as características pessoais marcantes de cada um e da família como um todo; proximidades, distanciamentos e rompimentos entre os membros; semelhanças e diferenças entre as gerações; histórias das relações relevantes ao tratamento/problema apresentado; gênero; doenças; luto; morte; rupturas; mudanças geográficas; entre outros. Orienta-se que essas informações sejam registradas pelo avaliador, preferencialmente junto ao desenho gráfico do genograma, para que todos possam acompanhar, observar e fazer conexões. Os familiares que estão acompanhando podem contribuir, mas a fala principal é da pessoa que se propôs a contar a história naquele momento. Algumas informações poderão ser solicitadas como tarefa de casa, a fim de complementar a história conhecida.

O avaliador pode optar por deixar livre o primeiro relato, ou seja, solicitar que a pessoa conte sobre a sua família e, ao final, resgatar pontos importantes ou ausentes do discurso. Ou, ainda, pode ir norteando o relato, indicando temas, gerações, contextos e situações a serem narradas.

TERCEIRA ETAPA

Essa etapa começa quando se percebe que a narrativa acerca de uma das partes da família está encerrada. Propõe-se, então, o relato da outra história familiar. Segue-se o mesmo modelo adotado na segunda etapa. É importante investigar os temas abordados no relato anterior; no entanto, deve-se estar atento às características de cada família e aos temas diferentes que possam surgir. Se necessário, pode-se retomar a narração anterior para complementar informações.

QUARTA ETAPA

A partir de fotos ou de outros recursos, o avaliador investiga a história da constituição da família atual. Sugere-se iniciar com a história de como o casal se conheceu, buscando acessar o contrato conjugal e seus padrões relacionais. Nesse momento, é importante compreender como o casal se vincula com as famílias de origem – níveis de individuação, hierarquias, regras, limites, fronteiras, comunicação, planejamento familiar, tempo livre, recursos, potencialidades, processos de resiliência, entre outros. Nessa etapa, as crianças são incluídas de forma mais intensa, pois fazem parte da história.[3]

QUINTA ETAPA

Esse momento objetiva buscar associações transgeracionais como um todo e sua conexão com a demanda/objetivo da avaliação. É de grande relevância resgatar recursos e estratégias funcionais de famílias e indivíduos ao longo do tempo. No transcurso do processo, as conexões se fazem presentes à medida que a família se apresenta preparada para isso; no entanto, é interessante retomar os principais aspectos na etapa final.

É nessa etapa que se encerra o processo por meio da devolução participativa; ou seja, o avaliador resgata com a família ou com o avaliando individualmente os principais aspectos, assim como complementa com os pontos que identificou durante o relato. Essa etapa pode coincidir com a devolução de outros instrumentos avaliativos, isto é, a devolução da avaliação realizada com o paciente identificado antes do genograma pode ocorrer junto com a devolução dos aspectos vislumbrados na história familiar. Além disso, a partir da devolução, o avaliador, o paciente

[3] As crianças devem ser incluídas ao longo de todo o processo de construção do genograma, pois, além de estarem acompanhando o processo, são excelentes narradoras da situação familiar.

VINHETA CLÍNICA / 11.1.3 – TERCEIRA ETAPA

Florinda conta ser de uma família que trabalhava na pedreira. Seu pai e seu irmão mais novo trabalhavam; já ela, sua mãe e suas duas irmãs cuidavam da casa. As mulheres não podiam trabalhar na pedreira, ainda que Florinda desejasse ajudar a família. Ela, que sempre almejara estudar, fez supletivo e terminou o ensino médio. Conta que a vida era difícil, mas conversavam bastante, especialmente entre as mulheres da família. Morava junto uma tia paterna, que adorava contar histórias da sua época. A tia esteve casada por apenas um ano – seu marido era alcoolista e morreu em função de complicações decorrentes de um acidente de trabalho na pedreira. Ela, então, nunca mais casou, e ajudava a mãe a cuidar de Florinda e seus irmãos. O avaliador investiga a repercussão dessa morte na família, e Florinda diz que era muito pequena e não lembra. Sobre a mãe, conta que eram imigrantes italianos e trabalhavam no comércio. O avaliador pede para que ela converse com sua mãe para saber como foi, em função de a temática morte estar recorrentemente na narrativa da família.

No atendimento seguinte, Florinda conta que a tia ficou mal durante o luto e que se "apegou muito a ela para superar o período de dor". Sua mãe e sua tia não falavam diretamente sobre o assunto. No entanto, hoje a mãe conta que delegou mais os cuidados na educação de Florinda à tia por pena, pois ela não tinha filhos e já era viúva. A tia morreu dois anos antes de Florinda ir para a cidade estudar. Nesse momento, Florinda chora, refere o quanto sente falta da tia e de seu pai, falecido há cinco anos – "ele já estava velhinho". Maria corre para o colo da mãe e Tiago segue brincando com peças de plástico que se encaixam. O avaliador inclui as crianças na narrativa e pergunta se já conheciam essa história. Ambos dizem que não. Arthur fala que é difícil e que o melhor é não falar, pois precisam de um tempo. O avaliador respeita o tempo necessário à família, validando a fala de Arthur, e ao mesmo tempo abre espaço para acolher tais relatos e sentimentos. Solicita que deem um título à família, e Florinda a denomina "Luta". O desenho estrutural das famílias de origem está pronto (Fig. 11.3).

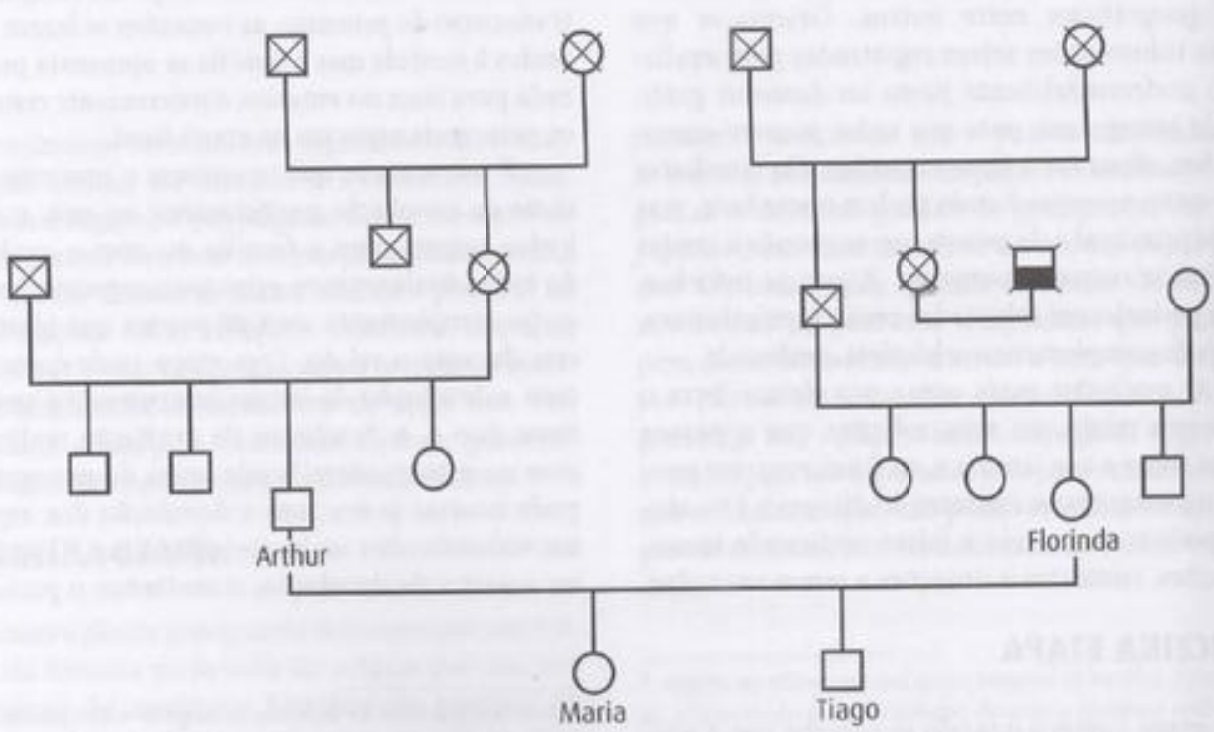


FIGURA 11.3 / Genograma – terceira etapa.

VINHETA CLÍNICA / 11.1.4 – QUARTA ETAPA

O avaliador sinaliza que, a partir desse momento, a conversa será sobre a família que está naquela sala e pede que mostrem as fotos trazidas que ajudam a contar a história da família atual. Maria e Tiago mostram a foto do casamento dos pais; contam que eles se conheceram em um baile e que foi amor à primeira vista. Todos riem. Florinda tinha uma colega que conhecia o primo de Arthur; eles foram apresentados e, desde então, estão juntos. O avaliador pergunta o que mais chamou a atenção no outro. Florinda diz que Arthur era certinho e provavelmente trabalhador. Arthur conta que Florinda era a moça mais linda do baile e tinha um olhar forte.

Tiago interrompe a história e mostra uma foto em que estão presentes Tiago bebê, Maria com uns 5 anos, o casal e outra menina aparentando ter uns 7 anos. Contam que essa foi uma foto tirada no batizado de Tiago e detalham o evento. No entanto, não trazem relatos sobre essa outra criança. O avaliador pergunta, então, sobre a menina. Silêncio. O avaliador busca confirmar se a família percebia que o padrão transgeracional de comunicação sobre temas difíceis estava acontecendo naquele momento (resgatando os aspectos trabalhados anteriormente). Tiago diz "a mana morreu".

Florinda retoma a fala do início do processo, quando disse haver algo complicado e sobre o qual ainda não estava pronta para falar, mas "parece que Tiago está pronto para relatar". Ela não sabia que ele havia escolhido aquela foto. O avaliador concorda com Florinda e pergunta aos demais o que acham da sua fala, se todos conseguiriam falar sobre o assunto. Arthur conta que a filha morreu daquilo que suas irmãs haviam sobrevivido: pneumonia. A filha tinha 9 anos. Todos choram. Não conversam sobre o assunto. Os filhos participaram do velório e do enterro, mas nunca mais visitaram o túmulo e tampouco falaram sobre a irmã, Luiza. Arthur diz que a filha era muito magrinha e comia pouco, que se sente muito mal quando pensa nisso, mas que insistia para que ela comesse. Ela foi internada e ficou 10 dias hospitalizada, sendo encaminhada para a UTI um dia antes de morrer. Florinda questiona se ela não deveria ter ido antes para a UTI, e diz que sentia que algo não estava bem, "ela tinha dor". Florinda chora e não consegue falar. Maria está no colo da mãe e também se cala. O avaliador acolhe os sentimentos e mostra, no genograma, o padrão de resolução que envolve não falar sobre temas difíceis (Fig. 11.4). Conversa-se sobre essas relações e os sentimentos reativados com a morte de Luiza. Explora-se o reflexo disso na família extensa. Por fim, o avaliador pergunta se eles identificam alguma relação disso com o sintoma de Maria.

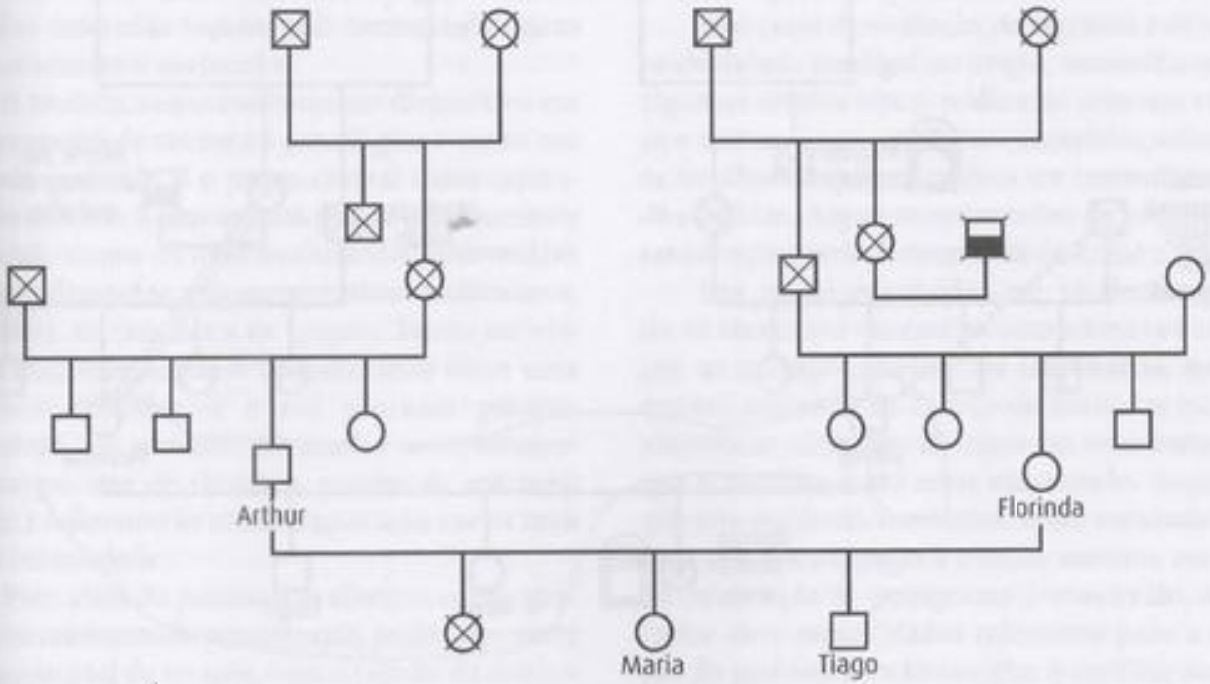


FIGURA 11.4 / Genograma – quarta etapa.

VINHETA CLÍNICA / 11.1.5 – QUINTA ETAPA

Florinda questiona: "Será que essa tristeza pode ter relação com o que está acontecendo com Maria?". Tiago diz que não gosta de brincar na rua quando está muito triste, ou seja, que se sente impactado pela dor. O avaliador resgata isso, pontuando a dor e suas repercussões quando não conversada. Arthur acha que a filha precisa seguir a vida. Maria pergunta o que vai acontecer se ela morrer também. Florinda diz que tem feito de tudo para que isso não aconteça, e que não deixa mais os filhos brincarem na rua com os vizinhos.

O avaliador resgata as histórias apresentadas no genograma e pontua o quanto o padrão comunicacional está relacionado com as histórias das famílias de origem e com a vivência do luto de Luiza. Retomam-se os "lutos e lutas" das famílias de origem. Abre-se espaço para o reconhecimento e a validação desses sentimentos. Associa-se a dificuldade de Maria em aprender com a estratégia de não conversar sobre dificuldades ("Como aprender coisas novas se não posso conversar sobre o que não sei?"). Retomam-se os recursos presentes na família atual (pais presentes e batalhadores, afeto e possibilidade de expor o sentimento). A Figura 11.5 apresenta as relações evidenciadas pelo relato familiar.

A partir do processo avaliativo, considerou-se pertinente o encaminhamento para terapia familiar a fim de trabalhar aspectos que surgiram com a construção do genograma: a dificuldade de conversar sobre temas difíceis, especialmente sobre o luto de Luiza, e as reverberações disso na relação dos pais com os filhos. Essa proposta foi prontamente aceita por todos.

A quinta etapa do genograma permitiu uma compreensão mais ampla do sintoma, possibilitando, assim, um espaço seguro para falar sobre temas que dificultavam o desenvolvimento da família. Essa avaliação permitiu encontrar o melhor encaminhamento para pessoa avaliada, e, consequentemente, para a família.

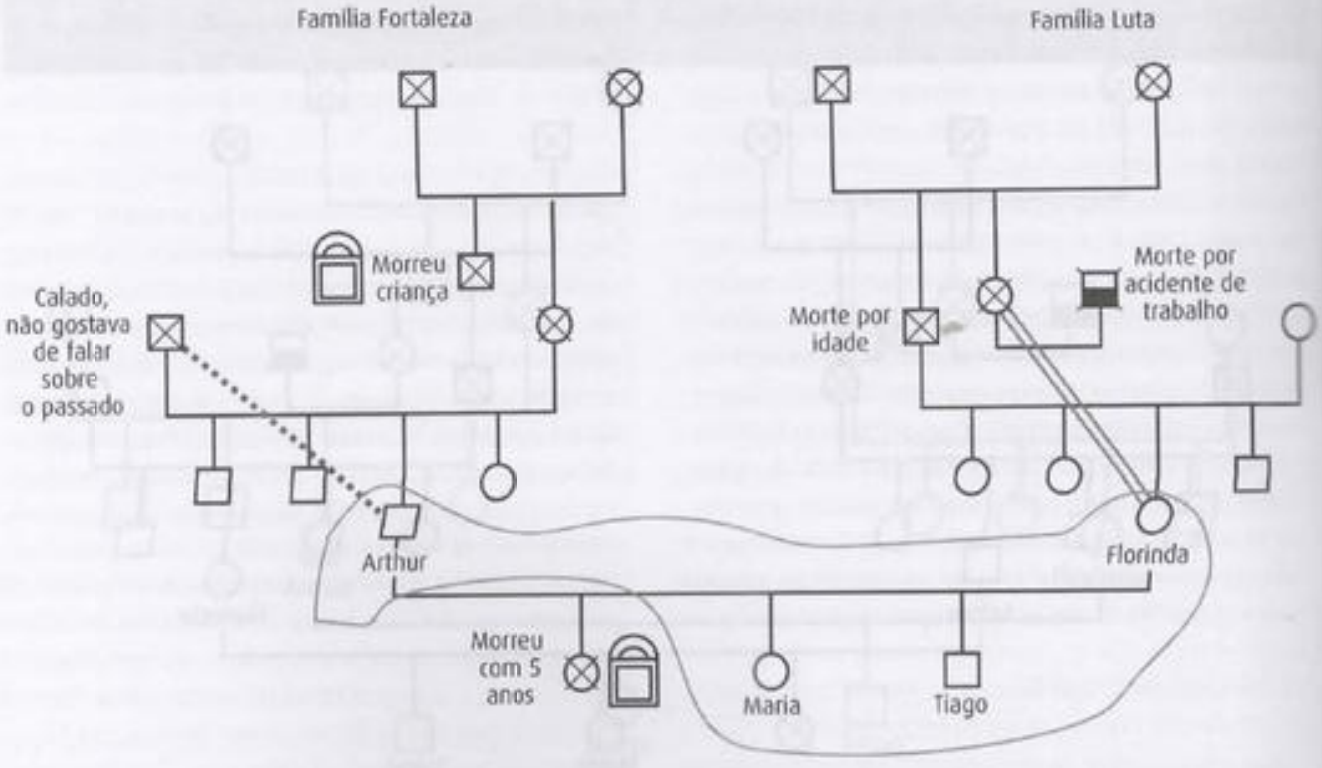


FIGURA 11.5 / Genograma – quinta etapa.

identificado e a família deverão definir os encaminhamentos, quando necessários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar a dinâmica familiar com os integrantes presentes no *setting* pressupõe acolher a complexidade relacional. Isso requer clareza quanto aos objetivos e, consequentemente, o delineamento de algumas hipóteses referentes às associações entre o sintoma que trouxe o paciente identificado à avaliação e a dinâmica familiar. Partindo desses pressupostos, foram construídas as cinco etapas descritas ao longo deste capítulo, que objetivam servir de guias orientadores na aplicação da técnica do genograma. Guia orientador não implica a definição rígida quanto a tempo, uso de recursos, roteiro de entrevista, entre outros. A partir disso, alguns aspectos merecem ser destacados como particularidades da técnica.

A subjetividade inerente a cada indivíduo e a intenção do avaliador são pontos que orientarão o tempo requerido para cada etapa, os assuntos abordados, o uso de dispositivos que auxiliem na narrativa, etc. Além disso, tendo em vista o conceito de família na contemporaneidade ser de grande abrangência, os símbolos utilizados no desenho gráfico também são guias e não abarcam todas as tipologias de relações, acontecimentos e situações. Por isso, cabe ao avaliador ser habilidoso e criativo para dar conta das novas informações e registrá-las da forma que considerar mais adequada, descrevendo-as por meio de palavras ou símbolos. O mais importante é que as informações coletadas fiquem suficientemente claras para avaliador e avaliando.

A técnica, como instrumento dispositivo em um processo de avaliação psicológica e como um psicodiagnóstico, é o ponto central deste capítulo. No entanto, o genograma pode e é comumente utilizado como recurso avaliativo e interventivo em atendimentos psicoterapêuticos individuais, de casais, de famílias e de grupos. Tendo em vista os objetivos bastante diferenciados entre uma avaliação psicológica e um processo psicoterapêutico, os aspectos elencados anteriormente (tempo, uso de recursos, roteiro de entrevista, etc.) referentes às cinco etapas irão variar com mais intensidade.

Para além do processo avaliativo, o genograma, em contextos de psicoterapia, pode fazer parte da fase inicial da terapia, com o intuito de conhecer a realidade relacional através das gerações, ou, ainda, pode ser construído ou retomado ao longo de todo o processo. Quando em psicoterapia individual, a narrativa pode ser exclusiva do paciente, ou outros integrantes da família podem ser convidados para a sua construção, desde que isso seja considerado pertinente tanto para o avaliador quanto para a pessoa. Nos casos de terapia de casal, o genograma é um recurso de intensa valia, pois possibilita o acesso aos padrões relacionais transgeracionais, às questões de gênero, aos contratos conjugais que podem estar impactando a relação atual. Nos atendimentos familiares, a técnica auxilia no reconhecimento das narrativas das famílias de origem que influenciam a dinâmica relacional atual. Nos atendimentos de grupo-terapias, o genograma pode ser um excelente recurso para identificar demandas específicas (como grupos de terapia com mulheres vítimas de violência doméstica, ou a identificação de profissões das famílias de origem – genoprofissiograma), assim como para compartilhar com os demais integrantes do grupo histórias e vivências familiares. Sugere-se que, no processo terapêutico, o genograma de cada integrante do grupo seja trabalhado ao longo de 1 ou 2 encontros, e que os demais pacientes possam contribuir para associações e identificações de padrões relacionais.

A seguir, são descritos alguns tópicos especiais no que tange ao uso do genograma em diferentes contextos. Essas situações podem tanto fazer parte do processo avaliativo como do psicoterapêutico. São descritos alguns cuidados e particularidades que devem ser considerados pelo avaliador/psicoterapeuta.

Nos casos de violência, de segredos e de intensa rivalidade conjugal ou litígio, aconselha-se que algumas sessões sejam realizadas com um cônjuge e outras com o outro, pois conteúdos referentes às famílias de origem podem ser intensificadores de conflitos. Algumas orientações de manejo nessas situações serão brevemente descritas a seguir.

Em casais envolvidos em violência, quando os encontros ocorrerem com ambos os cônjuges, as narrações devem ser respeitadas, mesmo que em contradição. O foco do avaliador está em identificar situações de risco ou momentos em que o conflito ficou mais exacerbado. Sugere-se que seja realizado um trabalho em separado com cada um dos cônjuges e uni-los somente no final da construção do genograma. Nessa união, o avaliador deve trazer dados relevantes para a solução do problema e não ampliar o conflito inerente à relação.

Em famílias com segredos, o genograma pode auxiliar na sua revelação, pois possibilita ambiente propício para a partilha de histórias difíceis e a construção de visões complementares sobre um mesmo evento. É mais fácil revelar um segredo contextualizando suas origens do que apenas contar o que os outros membros da família não conheciam. A construção do genograma também pode facilitar um ambiente de abertura ao diferente, uma vez que muitas histórias novas podem ser narradas.

Ainda, a construção do genograma em famílias com história de abuso de substâncias também exige cuidados especiais. Em primeiro lugar, não é produtivo trabalhar a história familiar quando uma ou mais pessoas estiverem sob efeito de substância. Quando as histórias começam a ser narradas, é inevitável a descrição de outras pessoas que também fizeram uso de substâncias. Assim, o avaliador deve estar atento para não justificar o uso atual por um padrão de uso repetido na família de origem. Quando esse padrão começa a ser sinalizado no relato da família, o avaliador deve utilizar essa identificação para romper o padrão disfuncional que vem definindo os relacionamentos interpessoais. A ruptura só poderá ser estabelecida se o padrão relacional for identificado.

Uma última situação que exige cuidados especiais do avaliador é a construção do genograma em famílias em litígio. O foco principal da investigação deve ser encontrar recursos que possibilitem a proteção das crianças e dos adolescentes desse sistema. O avaliador pode trabalhar em separado com cada um dos pais, uma vez que o contrato sobre informações necessárias ao processo esteja bem estabelecido. Ambos os pais devem ter claro que o objetivo de retomar as histórias de origem é encontrar recursos e potenciais, em cada sistema familiar, para a resolução do impasse do casal quanto ao manejo com os filhos.

Em alguns momentos do ciclo vital familiar, a construção do genograma pode ter características especiais. Por exemplo, quando as histórias das famílias de origem são resgatadas durante a construção do novo casal, há grande possibilidade de serem retomados aspectos referentes ao contrato secreto do casamento (expectativas de ambos os cônjuges construídas a partir das famílias de origem e que nem sempre são explicitadas pelo casal). Em famílias com crianças pequenas, o avaliador deve estar atento para utilizar recursos que envolvam as crianças na narração (como fotos, bonecos ou outros recursos que possibilitem a ludicidade no processo). Ao mesmo tempo, quando temas delicados (como sexualidade, traição ou violência) surgirem no relato, é importante construir um espaço somente com os adultos, protegendo a criança de histórias que ela não conseguirá compreender. Em famílias com adolescentes, pode-se começar o relato da história das famílias a partir da família atual. Assim, eles podem se envolver de forma mais ativa na construção da história e compreender, junto com a família, o quanto as atitudes atuais são reflexos das famílias de origem. Por fim, ao construir-se o genograma com casais idosos, é interessante, além da investigação das histórias das famílias de origem, explorar as gerações posteriores ao casamento (filhos e netos). Essa nova perspectiva (de continuidade da vida) pode permitir a visualização do quanto suas atitudes influenciam as dinâmicas das famílias de seus descendentes.

O genograma, portanto, é a descrição representativa da família em um determinado momento. Entende-se como variável ao longo do tempo, assim como qualquer outro instrumento psicológico. O significado das relações, as percepções e as narrativas são descrições de como as pessoas se relacionam com suas histórias em um momento específico. A preocupação em manter o genograma guardado durante o processo terapêutico ou avaliativo está diretamente relacionada à possibilidade de mudança nas relações. Sugere-se que ele possa ser retomado em diferentes momentos, revisando ou acrescentando informações. Esse movimento amplia a possibilidade das pessoas identificarem e compreenderem os diversos recursos familiares nem sempre adotados pelo sistema atual.

REFERÊNCIAS

Andolfi, M. (2003). *Manuale di psicologia relazionale: La dimensione familiare*. Roma: Accademia di Psicoterapia della Famiglia.

Cerveny, C. (2014). *O livro do Genograma*. São Paulo: Roca.

Genopro.com. (c2015). Recuperado de http://www.genopro.com/

Guerin, P., & Pendergast, E. (1976). Evaluation of family system and genogram. In P. J. Guerin (Ed.), *Family therapy*. New York: Gardner.

McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2012). *Genogramas: Avaliação e intervenção familiar* (3. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Montàgano, S., & Pazzagli, A. (1989). *Il genogramma: Teatro di alchimie familiari*. Milano: Franco Angeli.

12

INTEGRAÇÃO DOS DADOS COLETADOS E O DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Joice Dickel Segabinazi

As transformações na área da avaliação psicológica e, consequentemente, na prática do diagnóstico psicológico têm sido substanciais nos últimos anos. Vimos a organização do Conselho Federal de Psicologia (CFP) para a criação do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi) em 2003 (Primi & Nunes, 2010), e respiramos aliviados quando, em 2013, ao longo do processo de aprovação do projeto de lei 7.703/06, conhecido como Ato Médico (Brasil, 2006), foi vetado o inciso I do Artigo 4º, que concedia ao médico exclusividade para a realização de diagnósticos, inclusive os de transtornos mentais. Mais recentemente, em 2014, vibramos com a chegada da tradução da 5ª edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) ao Brasil (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Com mudanças tão constantes, não há dúvidas de que o psicólogo que trabalha com avaliação psicológica precisa – e deve – atualizar constantemente seus conhecimentos teóricos e práticos. E, por atualização, não estamos falando sobre a realização de cursos nos fins de semana. O psicólogo que pretende trabalhar com avaliação psicológica deve engajar-se em grupos de pesquisa na área, realizar especialização em avaliação psicológica em uma instituição reconhecida, ler as principais publicações em revistas científicas nacionais e internacionais, e fazer supervisões com colegas mais experientes. E nada disso terá sido suficiente se ele não atuar de forma ética e responsável, visando o bem-estar daquele que procura por seus serviços e fazendo inferências após a integração dos dados colhidos com diferentes técnicas e em múltiplas fontes durante a avaliação.

No contexto internacional, emergiram várias propostas de modelos e métodos com foco na integração das informações. Na área escolar, por exemplo, Riccio e Rodriguez (2007) revisaram os modelos existentes para integrar dados relativos a personalidade, comportamento, competência socioemocional e dados psicoeducacionais para o entendimento da criança, com o objetivo de ajudar no planejamento de intervenções mais adequadas. No contexto forense é reforçada a afirmação de que o profissional deve evitar confiar somente em um método ou uma fonte de informação durante a realização das avaliações (Packer & Grisso, 2011). Segundo os autores, como fonte de dados, deve-se incluir, no mínimo, entrevistas presenciais, um ou mais testes padronizados, confirmação dos dados de informantes (que tenham contato direto com o paciente) e outros registros relevantes (p. ex., profissionais da saúde que tiveram contato com o paciente). Já em neuropsicologia, têm ganhado mais destaque as perspectivas idiográfica e nomotética, como complementares na compreensão de um caso. Enquanto a primeira preocupa-se em gerar hipóteses e testá-las a partir dos dados clínicos, a segunda tem como objetivo comparar os resultados dos testes com os referenciais normativos da população (Haase et al., 2008), sendo ambas importantes para o entendimento adequado do caso.

Neste capítulo, será discutida a prática da avaliação psicológica a partir de uma abordagem

multimétodo, que utiliza múltiplas fontes e é aplicada a um contexto clínico. Foi selecionado um caso para discutir pontos importantes sobre o encaminhamento, o esclarecimento da demanda, as técnicas de observação e entrevista empregadas, a escolha dos instrumentos, o contato com outros profissionais, a redação dos resultados, a entrevista de devolução e, por fim, as indicações terapêuticas para o caso. Da mesma forma, procurou-se demonstrar a importância de refletir e integrar dados coletados durante o processo de avaliação. Ao longo de todo o capítulo, será exposta uma sugestão de apresentação dos dados nos documentos psicológicos, em especial no laudo ou relatório psicológico, destacando aspectos de sua estrutura e redação. Como leitura complementar sobre a estrutura e o conteúdo dos laudos/relatórios psicológicos, sugere-se uma revisão recente feita no Brasil (Preto & Fajardo, 2015). As sugestões de redação do laudo psicológico a partir do caso selecionado serão apresentadas em fragmentos nas Vinhetas Clínicas ao longo do capítulo.

É importante destacar que o consentimento para publicação do caso descrito neste capítulo foi obtido por escrito com os responsáveis pelo paciente e que os nomes do paciente e de seus familiares foram trocados para evitar sua identificação. O caso é proveniente de um serviço escolar de avaliação psicológica de uma universidade federal, e as sugestões de técnicas e procedimentos a serem utilizados restringem-se a pacientes encaminhados para avaliação psicológica em contexto clínico, também chamada, ao longo deste livro, de psicodiagnóstico. O caso foi atendido pela autora deste capítulo, com supervisão e colaboração de diferentes profissionais da psicologia. Não se pretende, de forma alguma, esgotar o tema, e, como leitura complementar a este capítulo, sugere-se os materiais clássicos escritos por Cunha (2003), para uma visão mais completa sobre as nuanças do psicodiagnóstico em diferentes etapas do desenvolvimento, como a adolescência, a vida adulta e a terceira idade.

DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Para esclarecer a demanda, é desejável que o psicólogo determine algumas linhas de investigação. No entanto, quais linhas de investigação serão seguidas é algo que só se torna claro quando se realiza um ótimo levantamento da história do paciente. O psicodiagnóstico deve integrar a história da pessoa até aquele momento, sendo fundamental entender que fatores levaram a família ou a própria pessoa a procurar ajuda. Na maioria das vezes, uma única sessão não é suficiente para o levantamento completo das informações, portanto, sugere-se que o psicólogo reserve duas ou três sessões para as entrevistas iniciais. Um aspecto que não está claro para muitos profissionais diz respeito a quais técnicas podem ser utilizadas durante o processo de psicodiagnóstico. Apesar de reconhecermos a importância do Satepsi na qualificação dos instrumentos brasileiros (Primi, 2010; Primi & Nunes, 2010), todos sabemos das limitações em termos de quantidade (e, em alguns casos, qualidade) dos instrumentos lá disponíveis. No entanto, é fundamental que o psicólogo possa se apoiar no conhecimento científico que adquiriu e em publicações sérias, como artigos científicos e capítulos de livros, nacionais e internacionais, para selecionar técnicas que permitam observar o comportamento do paciente de forma mais criteriosa, como será discutido a seguir. É o que justifica, por exemplo, o uso da Lista de Verificação Comportamental para Crianças (Child Behavior Checklist – CBCL), que avalia o grau de competência social e a presença e a intensidade de problemas comportamentais de crianças e adolescentes (Achenbach, 1991; Aseba.org, 2006; Bordin, Mari, & Caeiro, 1995; Santos & Silvares, 2006; Silvares, Meyer, Santos, & Gerencer, 2006), instrumento já apresentado em publicação de Bandeira, Borsa, Arteche e Segabinazi (2010). A CBCL pode servir como um guia para as entrevistas durante a investigação diagnóstica, podendo ser encontrada também em versões para adultos e idosos. A "Descrição da demanda", no caso de Pedro, um menino de 7 anos, está descrita na Vinheta Clínica 12.1.

Na descrição da demanda, deve-se explicitar a problemática apresentada, além das razões e expectativas que produziram o pedido do laudo (Preto & Fajardo, 2015). Destaca-se que muitas vezes a demanda será um retrato bastante simplificado da situação pela qual o paciente está passando no momento. Por isso, o psicólogo deve concebê-la como um ponto de partida, e não como uma limitação para sua investigação.

LEVANTAMENTO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Segundo Cunha (2003), quando se busca a história clínica, se está tentando reconstruir a emergência dos sintomas e dos comportamentos, situados em uma determinada época, e sua evolução

VINHETA CLÍNICA / 12.1 – DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Pedro tinha 7 anos de idade e cursava o 2º ano do ensino fundamental de uma escola pública quando foi encaminhado para psicodiagnóstico. O encaminhamento foi realizado por uma neurologista, pois ele apresentava dificuldades escolares. O menino foi trazido pelos pais, que relataram que Pedro, com bastante frequência, não terminava as tarefas iniciadas, e isso ocorria principalmente nas atividades escolares.

até o momento do psicodiagnóstico. Durante o levantamento da história clínica de um paciente, é frequente o psicólogo utilizar roteiros repassados por seus professores de graduação, outros profissionais ou, ainda, construídos de acordo com sua prática clínica. Mesmo diante desses roteiros, é importante destacar que o profissional pode decidir incluir ou excluir perguntas a partir das características do caso em questão. Outro ponto que merece destaque é o fato de as crianças serem geralmente trazidas por suas mães; no entanto, pode ser necessário contatar o pai, os irmãos, outras figuras familiares que convivam com o paciente, como avós e profissionais da saúde e da educação que trabalhem com a criança (Cunha, 2003). Ainda, a experiência com estagiários em psicodiagnóstico tem demonstrado a importância de supervisionar os casos com outro colega mais experiente entre a primeira e a segunda entrevista. Não são raras as vezes em que fatos relevantes da história clínica do paciente, que podem fazer toda a diferença na condução do caso, acabam sendo ignorados em um primeiro encontro com os familiares. O "Levantamento da história clínica" de Pedro está descrito na Vinheta Clínica 12.2.

VINHETA CLÍNICA / 12.2 – LEVANTAMENTO DA HISTÓRIA CLÍNICA

De acordo com as informações obtidas nas entrevistas realizadas com a mãe e o pai de Pedro – Maria e João –, o menino nasceu de parto cesáreo e obteve Apgar 9. Com 3 meses de vida, descobriu-se que tinha uma cardiopatia congênita denominada comunicação intraventricular (CIV). Em contato com a cardiologista responsável por Pedro, e confirmando a informação recebida da mãe, comprovou-se que o menino tem uma CIV isolada/pequena, tendo recebido alta no ano anterior à realização deste psicodiagnóstico. Sobre o impacto da CIV no desenvolvimento de Pedro, Maria relatou apenas que ele se cansava mais facilmente que outras crianças durante as brincadeiras que exigiam mais fôlego. Sobre a relação dele com os pais, a mãe relatou que sempre procurou atender a todas as necessidades do filho e que, pelo fato de Pedro apresentar cardiopatia desde seu nascimento, era muito difícil para ela dizer não para as suas vontades. Até os 3 anos, ele passou por cinco internações hospitalares. Então, Maria decidiu parar de trabalhar para assumir integralmente seus cuidados. Em relação ao histórico escolar de Pedro, a mãe relatou que ele começou a frequentar a creche com 3 anos e, desde então, as professoras relatam dificuldades de comportamento e de aprendizagem. Em relação ao convívio social, ela relata que os amigos de Pedro são os amigos do irmão mais velho, de 11 anos, e que ele não gosta de brincar com crianças de sua idade, preferindo as mais velhas. No que se refere à cardiopatia, o menino fez tratamento com furosemida até o ano anterior, quando recebeu alta. Segundo o contato realizado com a cardiologista, sua CIV ainda existe, apesar de ser pequena. Pedro não tem restrições no que diz respeito às suas atividades de vida diárias, como exercícios físicos e tarefas escolares. A neurologista suspeitava de uma imaturidade neurológica, requisitando diversos exames, entre os quais o psicodiagnóstico. Segundo ela, Pedro apresenta eletrencefalograma normal. Também aguardava a realização de audiometria pelo Serviço Único de Saúde (SUS).

As chamadas fontes subsidiárias (Cunha, 2003) são muito importantes para reconstruir a história do paciente, pois fornecem uma visão mais completa do caso. Cunha (2003) enumera algumas fontes possíveis, como álbuns do bebê, gravações em vídeo, fotografias, desenhos, cadernos escolares, entrevistas ou contatos telefônicos com pessoas que atenderam a criança, laudos de avaliações anteriores e a observação comportamental da criança em sua casa ou em outras situações. No caso de Pedro, foi extremamente relevante entrar em contato com a neurologista para entender as suas suspeitas, ou seja, quais questões haviam norteado o encaminhamento. Esse passo, apesar de simples, muitas vezes é negligenciado nos processos de psicodiagnóstico.

Como as dificuldades de Pedro estavam diretamente relacionadas à escola, foi imprescindível fazer contato com professores e orientadores pedagógicos, sendo realizados contatos telefônicos com suas professoras e também uma visita à escola para observar o seu comportamento e discutir o caso com a orientadora pedagógica da instituição. Da mesma forma, realizou-se contato telefônico com a cardiologista que cuidava de Pedro desde o seu nascimento. Todos esses aspectos devem ser descritos na seção "Procedimentos", como se verá a seguir. Destaca-se, ainda, que a informação sobre a CIV de Pedro não estava no encaminhamento, ou seja, não existia, até então, uma relação entre as dificuldades apresentadas pelo menino e sua condição cardíaca.

PROCEDIMENTOS

De acordo com a Resolução 007/2003 do CFP (2003), na confecção de um laudo/relatório psicológico, alguns itens mínimos devem ser respeitados. Após a identificação e a descrição da demanda, está o item procedimentos, em que devem ser apresentados os recursos e os instrumentos técnicos utilizados para coletar as informações (número de encontros, pessoas ouvidas, etc.). Os procedimentos utilizados no caso de Pedro podem ser observados na Vinheta Clínica 12.3.

Atualmente, sabe-se que a utilização de testes psicológicos que não tenham sido aprovados pelo Satepsi é uma falta ética, conforme o Artigo 16 da Resolução nº. 002/2003 (CFP, 2003). Apesar de acreditar que tal diretriz tenha sido necessária na prática, percebe-se que a lista dos testes aprovados não tem avançado na mesma velocidade da demanda da sociedade por avaliações psicológicas. O fato é que não fica claro para os profissionais como lidar com essa carência ante a necessidade de avaliar determinados aspectos no paciente. Ao mesmo tempo, vê-se um grande número de escalas e instrumentos sendo publicados em artigos científicos e em capítulos de livros que poderiam contribuir como técnicas mais criteriosas para observar o comportamento do paciente.

Uma prática que tem sido utilizada em atendimentos na clínica-escola é declarar nos documentos psicológicos que foram utilizadas

VINHETA CLÍNICA / 12.3 – PROCEDIMENTOS

No processo de psicodiagnóstico de Pedro, diferentes técnicas foram utilizadas nos oito encontros, entre elas, técnicas de observação do comportamento e testes psicológicos. Cada encontro teve duração de uma hora. Foi realizada uma visita ao ambiente escolar de Pedro. Realizaram-se entrevistas com a mãe, em que ela respondeu ao questionário de problemas de comportamento para crianças (Bordin et al., 1995). Foram realizadas sessões de hora do jogo com o paciente, utilizando computador e livros. Nas sessões com Pedro, além da aplicação da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III) (Figueiredo, 2002), diversas técnicas de observação do comportamento foram selecionadas para avaliar as suas funções neuropsicológicas, como: orientação, atenção, percepção visual e de emoções em faces, memória verbal e visual (de trabalho ou operacional, episódica e semântica), habilidades aritméticas, linguagem oral, leitura e escrita, habilidades visuoconstrutivas e funções executivas (Salles et al., no prelo), além de tarefas de avaliação do desenvolvimento motor (Rosa Neto, 2002). Ainda, foram realizados contatos telefônicos com a neurologista, a cardiologista, a psicopedagoga e sua antiga professora, e foi feita uma entrevista com a atual professora e a orientadora pedagógica da escola em que estuda. Por fim, foi realizada uma entrevista devolutiva com o pai e a mãe.

"técnicas de observação do comportamento" e citar as referências das técnicas utilizadas. Nota-se que tal prática não é consenso entre os profissionais que trabalham na área. Enquanto alguns preferem dizer que não será possível fazer avaliação de determinado aspecto por carência de técnicas, outros a realizam e, ao utilizar técnicas não aprovadas pelo Satepsi, não referenciam artigos e capítulos para embasar a interpretação dos dados coletados. Em minha opinião, a inclusão das referências é desejável, pois permite que outros profissionais e familiares tenham acesso à informação sobre o embasamento utilizado pelo psicólogo para realizar as inferências feitas durante a avaliação. Discussões sobre essa questão estão sendo iniciadas nos Conselhos Regionais de Psicologia (CRP), e espera-se ter diretrizes mais claras para a prática em um futuro breve.

ANÁLISE

A seção de "Análise" de um laudo psicológico deve descrever, de forma objetiva, os dados colhidos e relacionados à demanda do caso em questão. Na Resolução nº 007/2003 do CFP (2003), ressaltou-se que determinações da história, do meio social e da situação econômica do caso devem ser sempre respeitadas, considerando a natureza dinâmica da pessoa avaliada. Todas as afirmações do psicólogo devem estar fundamentadas em fatos e/ou teorias, utilizando-se uma linguagem clara e precisa.

Para relatar os resultados das testagens realizadas, pode-se ou não apresentar os escores brutos e ponderados. Porém, é desejável que a análise inclua a interpretação de acordo com os percentis ou com as classificações (em termos de níveis de habilidades nas funções avaliadas) propostas pelos testes ou, ainda, em termos de desvios-padrão em relação à média. Também se incentiva que os profissionais utilizem gráficos para simplificar a apresentação, mas os dados expostos graficamente devem ser explicados no texto do laudo, de forma que os resultados não fiquem sem esclarecimentos. No caso de Pedro, iniciou-se a avaliação pela área cognitiva, optando-se por apresentar os dados em termos de classificações (ou níveis), como pode ser observado na Vinheta Clínica 12.4.

No caso de Pedro, é importante ressaltar que o índice de velocidade de processamento do WISC-III depende, em grande parte, da motricidade do testando, uma vez que requer o manuseio do lápis para a execução da tarefa, habilidade que parece se encontrar prejudicada no paciente no momento da avaliação, como se discutirá mais adiante neste capítulo. Não se obtendo satisfação com o resultado do WISC-III que indicava um funcionamento intelectual em nível médio inferior para o QI total, decidiu-se aprimorar a

VINHETA CLÍNICA / 12.4 – ANÁLISE

Área cognitiva: Durante a aplicação da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III), Pedro aceitou realizar todas as atividades, alternando entre momentos de desinteresse e motivação. Apesar de parecer estar ouvindo e entendendo as instruções, às vezes ele não acatava as regras. Por exemplo, durante a execução do subteste Códigos, o paciente realizou corretamente os itens de treino, porém, mesmo após a repetição da orientação para que não pulasse nenhuma figura, a instrução foi ignorada até o fim do teste, perseverando em um estímulo gráfico. Já no subteste Arranjo de Figuras, Pedro, mais uma vez, pareceu ignorar a instrução de contar as histórias a partir dos detalhes gráficos das figuras, preferindo contá-las do seu jeito. Esse comportamento pode ser indicativo de dificuldades de atenção, planejamento ou, ainda, de controle inibitório. No entanto, o menino apresentou um desempenho satisfatório na execução dos subtestes Vocabulário, Cubos, Completar Figuras e Compreensão, o que indica boas habilidades de comunicação e raciocínio analógico. Observou-se funcionamento cognitivo em nível médio (quociente intelectual – QI – de execução e índice fatorial de organização perceptual) e nível médio inferior (QI total, QI verbal e índice fatorial de compreensão verbal) na maioria dos índices. O desempenho foi em nível limítrofe nos índices fatoriais de resistência à distração (Aritmética e Cubos) e velocidade de processamento (Código e Procurar Símbolos).

avaliação cognitiva para uma avaliação mais criteriosa – a avaliação neuropsicológica (Vinheta Clínica 12.4.1). Uma situação bastante conhecida na área é a carência de instrumentos. Nos últimos anos, vimos o lançamento de importantes trabalhos, como os três volumes da série Avaliação Neuropsicológica Cognitiva, da editora Mennon (Seabra & Dias, 2012ab, 2013), que apresentam tabelas normativas de desempenho de crianças em tarefas clássicas na avaliação de funções neuropsicológicas. Em complemento, inúmeros artigos do mesmo grupo de pesquisa estão disponíveis para a comunidade clínica e acadêmica no *site* Neuropsicologia Infantil.[1]

Além disso, são louváveis os esforços de pesquisadores brasileiros em desenvolver baterias breves de avaliação de diversas funções neuropsicológicas, como é o caso do desenvolvimento da série Neupsilin, tanto em sua versão para crianças (Salles et al., 2011; Salles, Sbicigo, Machado, Miranda, & Fonseca, 2014; Salles et al., no prelo) quanto para adultos e idosos (Fonseca, Salles, & Parente, 2009). Além da Neupsilin, o mesmo grupo de pesquisa tem desenvolvido diversas outras tarefas que podem ser encontradas em artigos e capítulos listados no *site* do Núcleo de Estudos em Neuropsicologia Cognitiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).[2] A utilização dessas tarefas está descrita na Resolução nº 002/2004 do CFP (2004), cujo propósito foi reconhecer a especialidade em neuropsicologia. O texto refere que são comuns nessa área o desenvolvimento e a criação de materiais e instrumentos, como testes, jogos, livros e programas de computador para auxiliar na avaliação e na reabilitação dos pacientes.

Destaca-se que tal prática é referendada pelos *Standards for Educational and Psychology Testing* (American Educational Research Association [AERA], APA, & National Council on Mesurement Education [NCME], 2014). O documento vem sendo publicado de forma conjunta por essas três instituições desde 1966 e representa o padrão ouro para a utilização de testes nos Estados Unidos e em vários outros países, incluindo o Brasil. Segundo a atual visão dos *Standards*, o psicólogo que trabalha com avaliação psicológica pode utilizar tarefas a partir dos seus conhecimentos, porém, os dados fornecidos por essas tarefas devem ser interpretados com cautela, e isso deve ser descrito nos documentos redigidos a partir dos dados coletados.

Considerando os aspectos motores observados, optou-se por realizar uma avaliação da motricidade do paciente (Vinheta Clínica 12.4.2). Diante da inexistência de instrumentos validados no Brasil para a avaliação da motricidade, foram utilizadas as tarefas de avaliação motora disponíveis em artigos e capítulos, o que permitiu uma análise mais criteriosa dessas habilidades (Rosa Neto, 2002; Rosa Neto, Santos, Xavier, & Amaro, 2010).

Ao longo da avaliação, Maria relatou que Pedro não era muito estimulado a brincar com crianças da sua idade, permanecendo bastante tempo em casa assistindo televisão com o irmão mais velho, de 11 anos. Durante a supervisão do caso com uma neuropsicóloga, discutiu-se a inclusão de mais uma subseção no processo de psicodiagnóstico: a área social e de comportamento (Vinheta Clínica 12.4.3). Para tanto, além dos dados colhidos na entrevista, foram utilizadas as informações fornecidas pelo questionário CBCL, discutido anteriormente neste capítulo.

Ressalta-se que o psicólogo deve relatar no documento somente aquelas informações relevantes e necessárias para esclarecer o encaminhamento e o desenvolvimento do caso. Como os leitores puderam notar, dividimos a seção de Análise em subseções: cognitiva, neuropsicológica, motora, e social e de comportamento. Diferentes áreas poderão ser incluídas ou excluídas de acordo com as necessidades de avaliação dos casos. Outros exemplos de áreas frequentemente investigadas nos processos de psicodiagnóstico são afetiva, emocional e de personalidade.

CONCLUSÃO

É chegado o momento de expor as considerações geradas no processo de psicodiagnóstico, retomando a demanda do solicitante. Como pode ser visto na Vinheta Clínica 12.5, na seção "Conclusão" espera-se que o psicólogo apresente evidências das constatações feitas durante o processo de psicodiagnóstico. Para isso, é desejável que ele cite referências técnicas e teóricas, capítulos de livros e artigos científicos que embasem suas afirmações. Nessa hora, como decidir quais informações devem ser ressaltadas e quais devem ser suprimidas? O psicólogo deve sempre lembrar que as conclusões precisam estar relacionadas

[1] Disponível em: https://neuropsiinfantil.wordpress.com/

[2] Disponível em: http://www.ufrgs.br/neurocog/publicacoes-2

VINHETA CLÍNICA / 12.4.1 – ANÁLISE

Área neuropsicológica: O perfil neuropsicológico de Pedro corroborou os achados da avaliação cognitiva e indicou desempenho sugestivo de déficit em diversas funções quando comparado à amostra normativa (crianças de 7 anos, estudantes do 2º ano do ensino fundamental de escolas públicas) proposta por Salles e colaboradores (no prelo). Ainda assim, destaca-se que o menino obteve um bom desempenho em uma das tarefas mais complexas da bateria, o Span de Pseudopalavras (em que o examinando deve repetir oralmente uma sequência de pseudopalavras), o que indica boa capacidade em reter informações na memória de curto prazo via componente fonológico. Seu desempenho também foi satisfatório na tarefa de Compreensão Oral (que avalia a capacidade de atribuir significado ao que é ouvido, ou seja, por input verbal). Pedro obteve bom desempenho na tarefa de Processamento Inferencial, em que frases de duplo sentido são apresentadas oralmente; assim, o menino parece ter competência na construção de representações mentais a partir da aplicação de seus próprios conhecimentos, além de capacidade de abstração apropriada. Da mesma forma, o paciente obteve desempenho próximo do esperado na Tarefa de Fluência Verbal Semântica (que requer que o examinando gere nomes de animais), indicando boa capacidade de emitir uma série de comportamentos dentro de uma estrutura de regras específica na modalidade verbal. Já nas Tarefas de Percepção, apesar do bom desempenho obtido, destaca-se que elas são bastante fáceis e constituem tarefas para rastrear déficits severos. Em relação aos déficits na Tarefa Go-No-Go Auditiva, que avalia o controle inibitório pelas respostas de omissão e exige sustentação da atenção, Pedro obteve o seu pior desempenho; apesar de conseguir executar o treino, não conseguiu realizar a tarefa, o que indica prejuízos nessas funções. Déficits importantes também foram percebidos em outras tarefas, como as de Orientação (dizer o mês em que estamos e o lugar no qual a avaliação está sendo realizada), e nos diferentes componentes de Memória e de Atenção. O baixo desempenho nessas tarefas corrobora os achados da avaliação cognitiva, que indicam dificuldades de atenção, planejamento e controle inibitório. Em relação a seu comportamento durante a avaliação neuropsicológica, é importante ressaltar que algumas vezes o paciente parecia desatento e disperso, apesar de parecer estar ouvindo as ordens dadas pela psicóloga. Pedro também não estava muito motivado e mostrou cansaço em certos momentos. Em algumas tarefas, como a de Span de Dígitos (ordem inversa), Memória de Trabalho Visuoespacial (ordem inversa) e nas tarefas de avaliação das Funções Executivas, ele demonstrou dificuldades em compreender as instruções, respondendo de forma impulsiva às questões formuladas pela psicóloga. Reforçando as dificuldades de motricidade observadas durante a avaliação, Pedro também apresentou déficit na tarefa de Cópia de Figuras, que avalia as habilidades visuoconstrutivas, ou seja, a forma como a criança opera sobre dados visuoperceptivos e visuoespaciais. Destaca-se que todos os dados foram coletados por meio de tarefas e seus resultados devem ser tomados com cautela.

à demanda inicial trazida pelo paciente, fundamentadas em teorias e técnicas consolidadas e não apenas na observação e experiência do profissional. Além disso, muitas vezes, na conclusão, são trazidos dados históricos, desde que sejam importantes para a compreensão do caso.

Ainda sobre a seção "Conclusão", a Resolução nº 007/2003 do CFP (CFP, 2003) refere a importância de apresentar sugestões e projetos de intervenção que contemplem a complexidade das variáveis envolvidas no caso. Minha experiência tem indicado a apresentação dessas informações em uma seção separada chamada "Indicações terapêuticas" (Vinheta Clínica 12.6). Além disso, ao final do processo psicodiagnóstico pode-se entregar um documento com possíveis locais de atendimento. Essa prática pode aumentar as chances de que as sugestões de intervenções terapêuticas advindas do psicodiagnóstico sejam seguidas. Também, em muitos casos, observa-se que o processo psicodiagnóstico não precisa ter sido finalizado para que se iniciem os encaminhamentos necessários. No caso de Pedro, por exemplo, antes mesmo da finalização do psicodiagnóstico ele já

VINHETA CLÍNICA / 12.4.2 - ANÁLISE

Área motora: De acordo com a atual professora de Pedro, o menino apresentou dificuldades de coordenação, observadas quando ele segura o lápis, manuseia a tesoura, e até mesmo quando corre durante a aula de educação física. A mãe confirma as dificuldades do filho e relata que Pedro só aceita as atividades propostas pela professora se elas forem de seu agrado. Na avaliação das capacidades motoras do paciente, realizaram-se tarefas específicas de avaliação da motricidade fina, conforme propostas por Rosa Neto (2002). Mais uma vez, notaram-se dificuldades, confirmando as observações realizadas durante todo o processo de avaliação e as indicações dadas pela escola e pela mãe. As tarefas utilizadas foram desde atividades simples, como construir uma torre e uma ponte com pequenos cubos (6 cubos de 2,5 cm), arremessar uma bola (6 cm de diâmetro), fazer uma bolinha com um quadrado de papel de seda usando somente uma mão e enfiar uma linha em uma agulha (linha nº 60 e agulha de costura - 1 cm x 1 mm), até atividades mais complexas, como dar um nó em um cordão de sapatos de 45 cm. As dificuldades de Pedro ficaram evidentes principalmente nas duas últimas tarefas citadas. Mais uma vez, por se tratar de tarefas, os dados coletados devem ser interpretados com cautela.

VINHETA CLÍNICA / 12.4.3 - ANÁLISE

Área social e de comportamento: Ao longo das sessões, Pedro não demonstrou resistência em permanecer sozinho e envolver-se nas brincadeiras e na maioria das atividades propostas pela psicóloga. Além disso, após a separação breve em função das consultas, ele buscava contato e apoio com a mãe, comportamento que indica um bom vínculo afetivo entre eles. Durante a avaliação, evidenciou-se a necessidade de interação de Pedro com outras crianças. Segundo o relato de Maria, em razão dos cuidados com a saúde do menino, não existiu, ao longo de seu desenvolvimento, muito estímulo para que brincasse na casa de colegas, por exemplo. A mãe relatou, ainda, que Pedro nunca foi estimulado a ajudar nas tarefas de casa, pois ela tinha muito receio de exigir demais do coração do menino, referindo que não o deixava "nem arrastar cadeiras" na hora da limpeza. Na avaliação do comportamento de Pedro, a partir do questionário de problemas de comportamento (Bordin et al., 1995) respondido por Maria, observaram-se problemas do tipo tanto externalizantes quanto internalizantes. Dessa maneira, pode-se inferir que o paciente tem, nesse momento, um padrão comportamental caracterizado tanto por atitudes agressivas e de quebra de regras (externalizantes) quanto por problemas emocionais (internalizantes), como ansiedade e isolamento, além, ainda, de problemas somáticos, de atenção e sociais. Esse padrão comportamental foi corroborado pelas entrevistas com as professoras da escola e também pelas entrevistas realizadas com a mãe. É importante destacar, mais uma vez, que as informações coletadas por meio do questionário devem ser observadas com cautela, pois ainda não há normas brasileiras para a utilização do instrumento.

estava sendo atendido por uma psicopedagoga e havia iniciado aulas de basquete em um projeto social de seu bairro (Vinheta Clínica 12.6).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando utilizamos instrumentos diferentes para avaliar um mesmo caso, as informações que colhemos podem ser contraditórias. Dessa forma, o profissional que trabalha com psicodiagnóstico deve preocupar-se com a convergência ou a divergência entre as informações colhidas. Nessa hora, a experiência do psicólogo será fundamental para a identificação das contradições e para a compreensão e integração dos dados (Nascimento & Resende, 2014). É por essa razão que

defendemos que a prática da avaliação psicológica e, em especial, do psicodiagnóstico, seja realizada estritamente sob supervisão de um profissional experiente, sendo desejável que ambos estejam vinculados a grupos de pesquisa na área, maximizando as chances de que tenham um treinamento adequado nas conceituações teóricas e práticas necessárias.

Ainda há muito para ser feito na área da avaliação psicológica em termos de técnicas disponíveis para avaliação. Neste momento, existem Comissões de Avaliação Psicológica nos Conselhos Regionais de Psicologia propondo a ampliação dos critérios de inclusão de técnicas e instrumentos a serem avaliados pelo Satepsi. A proposta inclui a viabilidade de avaliação de instrumentos que tenham dados normativos e outras evidências de validade publicados em periódicos com reconhecimento da comunidade científica, bem como capítulos de livro. Essa proposta incluiria também entrevistas estruturadas, como a Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID) (APA, 2014), a Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Amorim, 2000) e a MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde, & Pinto, 2006), entre outras que, até o momento, estão sendo utilizadas e citadas em documentos como "técnicas de observação do

VINHETA CLÍNICA / 12.5 – CONCLUSÃO

A partir dos resultados, foi possível afirmar que, no momento da avaliação, Pedro apresentava dificuldades em diversas funções neuropsicológicas. É possível que essas dificuldades estejam relacionadas, em parte, com a sua cardiopatia congênita, pois crianças cardiopatas podem obter pontuações inferiores em relação àquelas sem cardiopatia no que diz respeito a variáveis psicológicas, neurológicas e neuropsicológicas (Campos et al., 2003). Outro aspecto relevante é uma possível relação entre a cardiopatia e o relativo atraso no desenvolvimento motor de Pedro. Apesar de sua CIV ser isolada e pequena, relatos de dificuldades motoras em crianças cardiopatas são comuns na literatura (Calciolari, 2003; Silva, 2006). No entanto, além da biologia do indivíduo, o desenvolvimento motor também pode ser influenciado por diversas variáveis, entre elas, as condições do ambiente. Assim, é plausível que o desenvolvimento motor de Pedro esteja aquém do esperado para a idade em razão da pouca estimulação que vem recebendo ao longo de seu desenvolvimento, pois, pelo relato da mãe, o menino foi pouco estimulado a envolver-se em atividades esportivas e em conjunto com outras crianças, por exemplo. De qualquer maneira, na presente avaliação, Pedro demonstrou dificuldades nos sistemas de orientação, atenção, memória, habilidades visuoconstrutivas, habilidades aritméticas, funções executivas e linguagem. Destaca-se que essas dificuldades parecem se intensificar em situações que exigem atenção ou esforço mental constante (como a testagem psicológica e neuropsicológica, ou, ainda, escutar professores, realizar deveres escolares, escutar ou ler materiais extensos ou trabalhar em tarefas monótonas e repetitivas) que não têm um apelo ou novidade intrínsecos. Essa constatação é reforçada pelo comportamento interessado e ativo de Pedro nos momentos lúdicos da avaliação, com o uso do computador e nas brincadeiras livres. No que se refere aos resultados do WISC-III, o paciente demonstrou funcionamento cognitivo global em nível médio inferior, com destaque para o baixo desempenho nas tarefas que avaliam as habilidades atentivas. É importante destacar que o comportamento de Pedro durante a avaliação indica prejuízos na capacidade de planejamento e no controle inibitório. Apesar das dificuldades encontradas nas tarefas estruturadas utilizadas na avaliação, observou-se um potencial intelectivo de Pedro ao recontar histórias infantis das quais gostava, além de potencial criativo na criação de outros roteiros de histórias durante as sessões. Em alguns encontros, também se oportunizou o contato do menino com o computador e a internet, sendo possível observar a curiosidade e a facilidade na sua interação com esses recursos. Pedro foi capaz de navegar em *sites* da internet, como, por exemplo, YouTube, e digitar palavras-chave para escolher vídeos de acordo com suas preferências. Além disso, observou-se seu comportamento ante editores de texto, como o Microsoft Word, em que foi capaz de reconhecer números e letras além das que formam o seu nome.

VINHETA CLÍNICA / 12.6 – INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Considerando os resultados observados no psicodiagnóstico, entendeu-se naquele momento que Pedro poderia beneficiar-se de um programa de reabilitação focado nas habilidades motoras. Tal programa poderia ser efetuado em aulas de natação e de equoterapia, ou, ainda, em atividades em grupo, como o basquete, esporte que, segundo o relato da mãe, Pedro gostaria de praticar. A atividade em grupo por meio dos treinos de basquete também poderia proporcionar a Pedro uma maior interação social com crianças de idade próxima a sua, além de promover uma melhor qualidade de vida. Ao longo do psicodiagnóstico, o menino já havia iniciado aulas de basquete em um projeto social de seu bairro. Pedro também foi encaminhado para acompanhamento psicopedagógico (já iniciado), por meio do qual se acredita que poderá impulsionar seu processo de aprendizagem e alfabetização, complementando o trabalho individual que vinha sendo realizado em sala de aula, conforme contato realizado com sua professora. Sugeriu-se uma reavaliação cognitiva e neuropsicológica após o período de um ano a um ano e meio, a contar da data da emissão do laudo. Nesse sentido, a detecção e o monitoramento de dificuldades nas funções cognitivas podem ser utilizados para formular intervenções terapêuticas precoces e mais eficazes. Quanto à impulsividade e às dificuldades de atenção, planejamento e controle inibitório observadas na avaliação, assim como quanto aos prejuízos que Pedro vem enfrentando tanto na escola quanto no convívio social e familiar, sugere-se a continuidade do atendimento neurológico e acompanhamento e avaliação de um diagnóstico possível de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Por fim, destaca-se que o diagnóstico e as hospitalizações de crianças que nascem com cardiopatias podem levar a alterações no cotidiano e na vida profissional dos pais, bem como em seus sentimentos e em suas relações familiares e conjugais (Kruel, 2008). Dessa maneira, entende-se que o atendimento psicoterápico à mãe de Pedro poderia ajudá-la a suprir sua necessidade de escuta, além de promover o entendimento de seus sentimentos, preocupações e expectativas em relação ao desenvolvimento do menino.

comportamento" ou utilizadas sem que o psicólogo faça referência aos artigos ou capítulos de origem.

Outro ponto fundamental é a discussão sobre apresentar ou não diagnósticos nosológicos em laudos psicológicos, ou seja, apresentar os diagnósticos segundo o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) (APA, 2014) ou a *Classificação internacional de doenças* (CID-10) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1996). Nossa posição no serviço-escola de avaliação psicológica segue a Resolução nº 007/2003 do CFP (2003), a qual afirma que o diagnóstico nosológico será apresentado no laudo se essa informação for necessária à demanda. Assim, se ao final do processo psicodiagnóstico forem constatados indícios de um diagnóstico nosológico, ou o próprio diagnóstico – se essa observação for relevante à solicitação do processo –, então os laudos deveriam conter essa informação.

É importante ressaltar que as ideias apresentadas neste capítulo refletem as práticas realizadas em uma clínica-escola de avaliação psicológica em que as avaliações são realizadas em um contexto clínico, de psicodiagnóstico. Portanto, as informações aqui listadas não refletem a opinião de todos os profissionais que trabalham na área de avaliação nem a opinião de profissionais que trabalham em outras áreas em que a avaliação se aplica. Ao final, posso afirmar que escrevi este capítulo imaginando o material que sempre quis ter comigo para trabalhar a temática em sala de aula; o material que gostaria de ler; o capítulo que indicaria. Espero ter alcançado tal objetivo. Agradeço a todos os envolvidos direta ou indiretamente na condução do caso aqui discutido, e espero que este capítulo contribua para a reflexão sobre a prática em psicodiagnóstico tanto para psicólogos que estão iniciando quanto para aqueles que já atuam na área.

REFERÊNCIAS

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont.

American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME). (2014). *Standards for Educational and Psychology Testing*. Washington: AERA.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*(3), 106-115.

Aseba.org. (2006). Recuperado de http://www.aseba.org/

Bandeira, D. R., Borsa, J. C., Arteche, A. X., & Segabinazi, J. D. (2010). Avaliação de problemas de comportamento infantil através do Child Behavior Checklist (CBCL). In C. S. Hutz (Org.), *Avanços em avaliação psicológica e neuropsicológica de crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamento da Infância e da Adolescência): Dados preliminares. *Revista ABP – APAL, 17*(2), 55-66.

Brasil. Senado Federal. (2006). *PL 7703/2006*. Dispõe sobre o exercício da medicina. Recuperado de http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=339409

Calciolari, H. F. (2003). *Desenvolvimento motor e crianças com cardiopatia congênita* (Dissertação de mestrado, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo).

Campos, M. R., Rojas-Pérez, I., Terreros, M. G., Grueso-Montero, J., Álvarez-Madrid, A., Terreros, I. G., ... Gil-Fournier, M. (2003). Estado psiconeurológico de los recién nacidos afectados de cardiopatía congénita antes de su intervención. *Revista de Neurología, 37*(8), 705-710.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2003). *Resolução CFP nº 002/2003*. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/03/resolucao2003_02_Anexo.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2004). *Resolução CFP nº 002/2004*. Reconhece a Neuropsicologia como especialidade em Psicologia para finalidade de concessão e registro do título de Especialista. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2004_2.pdf

Cunha, J. A. (2003). A história do examinando. In J. A. Cunha, *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Figueiredo, V. L. M. (2002). *WISC III: Escala de inteligência Wechsler para crianças* (3. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fonseca, R. P., Salles, J. F., & Parente, M. A. M. P. (2009). *Instrumento de avaliação neuropsicológica breve NEUPSILIN*. São Paulo: Vetor.

Haase, V. G., Chagas, P. P., Gonzaga, D. M., Mata, F. G., Silva, J. B. L., Géo, L. A., & Ferreira, F. O. (2008). Um sistema nervoso conceitual para o diagnóstico neuropsicológico. *Contextos Clínicos, 1*(2), 125-138.

Kruel, C. S. (2008). *Transição para a parentalidade no contexto de cardiopatia congênita do bebê* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., Rohde, L. A., & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 28*(3), 290-297.

Nascimento, R. S. G. do, & Resende, A. C. (2014). Proposta para uma avaliação psicológica fundamentada na experiência. *Revista On-line IPOG, 8*(1), 1-21.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (1996). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10* (3. ed.). São Paulo: EDUSP.

Packer, I. K., & Grisso, T. (2011). *Specialty competencies in forensic psychology*. New York: Oxford University.

Preto, C. R. de S., & Fajardo, R. S. (2015). Laudo psicológico no Brasil: Revisão da literatura com foco em estruturação e conteúdo. *Archives of Health Investigation, 4*(2), 40-52

Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: Fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(n. especial), 25-35.

Primi, R., & Nunes, C. H. S. (2010). O Satepsi: Desafios e propostas de aprimoramento. In A. A. A. Santos, A. A. Anache, A. E. Villemor-Amaral, B. S. G. Werlag, C. T. Reppold, C. H. S. S. Nunes, ... R. Primi (Orgs.), *Avaliação psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão*. Brasília: CFP.

Riccio, C. A., & Rodriguez, O. L. (2007). Integration of psychological assessment approaches in school psychology. *Psychology in the Schools, 44*(3), 243-255.

Rosa Neto, F. (2002). *Manual de avaliação motora*. Porto Alegre: Artmed.

Rosa Neto, F. R., Santos, A. P. M. dos, Xavier, R. F. F. C., & Amaro, K. N. (2010). A importância da avaliação motora em escolares: Análise da confiabilidade da Escala de Desenvolvimento Motor. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho, 12*(6), 422-427.

Salles, J. F., Fonseca, R. P., Cruz-Rodrigues, C., Mello, C. B., Barbosa, T., & Miranda, M. (2011). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve Infantil NEUPSILIN-INF. *Psico-USF, 16*(3), 297-305.

Salles, J. F., Fonseca, R. P., Miranda, M. C., Mello C. B., Cruz-Rodrigues, C. & Barbosa, T. (no prelo). Instrumento de avaliação neuropsicológica breve infantil. São Paulo: Vetor.

Salles, J. F., Sbicigo, J. B., Machado, W. L., Miranda, M. C., & Fonseca, R. P. (2014). Análise fatorial confirmatória do Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve Infantil – NEUPSILIN-Inf. *Psico-USF, 19*, 119-130.

Santos, E. O. L., & Silvares, E. F. M. (2006). Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas-escola: Um estudo comparativo da percepção de seus pais. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 19*(2), 277-282.

Seabra, A. G., & Dias, N. M. (2012a). *Avaliação neuropsicológica cognitiva: Atenção e funções executivas*. São Paulo: Memnon.

Seabra, A. G., & Dias, N. M. (2012b). *Avaliação neuropsicológica cognitiva: Linguagem oral*. São Paulo: Memnon.

Seabra, A. G., & Dias, N. M. (2013). *Avaliação neuropsicológica cognitiva: Leitura, escrita e aritmética*. São Paulo: Memnon.

Silva, J. C. da (2006). *Avaliação e intervenção motora em crianças portadoras de cardiopatia congênita* (Dissertação de mestrado, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis).

Silvares, E. F. M., Meyer, S. B., Santos, E. O. L., & Gerencer, T. T. (2006). Um estudo em cinco clínicas-escolas brasileiras com a lista de verificação comportamental para crianças (CBCL). In E. F. M. Silvares (Org.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. Campinas: Alíneas.

13

DEVOLUÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO PSICODIAGNÓSTICO

Ana Celina Garcia Albornoz

O psicodiagnóstico é um processo que envolve uma série de etapas, todas elas muito relevantes, tendo como desfecho o momento da devolução de informações. Tanto na literatura nacional quanto na internacional, muito espaço tem sido dado à avaliação psicológica, por meio da publicação de trabalhos sobre o processo em si, sobre os instrumentos utilizados e suas problemáticas, bem como sobre os resultados encontrados em diferentes populações. No entanto, chama a atenção que não tem sido dada a mesma ênfase à devolução das informações do psicodiagnóstico, um dos momentos mais importantes do processo. Entre as produções sobre psicodiagnóstico, apenas algumas conferem um capítulo especial a esse momento, as demais o citam brevemente, entre outros temas. Essas constatações evidenciam um desconhecimento a respeito de sua relevância no processo.

O momento da devolução das informações é fundamental para o processo psicodiagnóstico, pois deve englobar, de forma sintetizada, todos os momentos vivenciados durante as etapas anteriores, e, além disso, deve produzir a integração desses momentos, conduzir a um fechamento e abrir portas para novos direcionamentos. A devolução das informações encerra um miniprocesso bastante complexo, responsável por ratificar a importância da realização do psicodiagnóstico e por produzir efeitos nos sujeitos que o vivenciaram. É o ápice de todo o investimento realizado, para todas as partes interessadas – o avaliando, sua família e o profissional – e deve apontar caminhos que levem a alterações na vida dos envolvidos.

Há algumas décadas, o psicodiagnóstico caracterizava-se como o processo de busca de um diagnóstico psicológico para nomear o que afetava o avaliando e propor alternativas terapêuticas voltadas à resolução de sua problemática. Baseado sobretudo no quadro clínico e nos sintomas do avaliando, apresentava um entendimento descritivo do caso e gerava um enquadramento em uma das classificações de doenças mentais vigentes. A partir desses achados, era formulada uma ou mais indicações terapêuticas para o caso. Esse processo tinha enfoque essencialmente individualista, buscando, no próprio indivíduo e em seu comportamento, uma resposta para as queixas apresentadas. As indicações terapêuticas decorrentes geralmente se voltavam a uma terapêutica individual, sem propor alterações no ambiente do avaliando, sendo comunicadas a ele e sua família na última entrevista do processo, chamada de entrevista devolutiva. A partir desse enfoque, a entrevista devolutiva cumpria bem o seu papel, quando o profissional comunicava ao avaliando o nome de sua *doença* e indicava-lhe o caminho da *cura*. Esse modelo com enfoque individualista, cuja lente extrai o indivíduo de seu meio e toma sistemas isolados, pode distorcer a situação do avaliando e comprometer os resultados do psicodiagnóstico.

A prática da busca por um diagnóstico psicológico clássico, oriunda da grande influência do modelo médico sobre a psicologia clínica, pro-

duzia efeitos pessoais e sociais negativos e onerava a autoestima do avaliando (Van Kolck, 1984). Além disso, nesse modelo de avaliação psicológica, o ritmo do processo centrava-se no profissional, quanto às suas necessidades de investigação e às suas conclusões, sendo ele o portador das rédeas do psicodiagnóstico e o seu condutor até um ponto por ele definido (M. C. Ortigues & Ortigues, 1988).

Atualmente, um novo paradigma abarca a concepção acerca do psicodiagnóstico: sua meta preferencial não é apenas encontrar o quadro nosológico apresentado pelo avaliando, mas vislumbrar o entendimento cuidadoso do seu estado geral, conhecer suas forças, os fatos e as experiências, entrelaçando passado e presente, e prever, na medida do possível, prováveis competências e vulnerabilidades no futuro. Para isso, deve-se compreender as interações constantes e multidirecionais entre indivíduo, seus vários subsistemas e seu meio ambiente (Copolillo, 1990).

A partir dessa visão atual, leva-se em conta a história e o comportamento do avaliando, contextualizando-os a partir da dinâmica familiar, econômica, cultural, institucional e social em que ele está inserido. Dessa forma, o processo deixa de ser estanque, segmentado, excludente, descritivo e com foco na classificação nosológica, cuja relação com a doença é direta, e passa a envolver uma avaliação compreensiva, integradora da realidade do avaliando, ao entender que ela lhe confere sentido.

Na nova concepção de psicodiagnóstico, o momento da devolução das informações tem um papel essencial: em vez de comunicar ao paciente e aos seus familiares o quadro nosológico e de prescrever terapêuticas, esse momento torna-se decisivo por propiciar um espaço para a construção conjunta – entre o profissional, o paciente e os seus familiares – de uma rede de significados que dão sentido à existência do avaliando, tomando, para isso, todas as informações referentes aos contextos intrapsíquico e psicodinâmico, relacional e social, por ele vivenciados.

A ideia não é eliminar o diagnóstico clássico, porque muitas vezes ele é necessário, por exemplo, para que um convênio autorize os tratamentos indicados. Trata-se de reconhecer suas limitações para descrever as forças psicodinâmicas responsáveis pela psicopatologia do avaliando, e conferir-lhe um lugar distinto do usual, secundário. No caso, é o uso do diagnóstico que está em questão; para os que o colocam no centro do processo e o mantêm como foco principal, ele é essencial e decisivo; para outros, as hipóteses diagnósticas se traduzem em dados, que, somados a outros dados igualmente ou mais importantes, podem ajudar a esclarecer as questões que atingem o avaliando e os seus familiares (Copolillo, 1990; M. C. Ortigues & Ortigues, 1988).

Atualmente, o psicodiagnóstico tem influência de um modelo compreensivo, que, em vez de buscar sintomas para enquadrar o avaliando em uma síndrome, busca a compreensão e a descrição dinâmica da personalidade, considerando a sua etiologia. Nesse modelo, os indicadores patológicos identificados não são supervalorizados e tampouco servem para enquadrar e rotular o indivíduo (Van Kolck, 1984). Esses indicadores servem de guia, tornando mais sensível a escuta do profissional para toda uma rede de experiências e conhecimentos, conduzindo-o muito além da nosografia (M. C. Ortigues & Ortigues, 1988).

Após a realização das entrevistas diagnósticas, o profissional estará apto à realização da tarefa de classificação da psicopatologia, mas também poderá diagnosticar as condições do avaliando e ligar esse diagnóstico a uma série de recomendações, que devem ser explicitadas aos pais e à criança, de forma simples e direta. A classificação dos sintomas é apenas uma informação, entre outras, sobre o que está em jogo na história individual, apresentada a partir de um problema inicial. Trata-se de um processo cuja evolução é imprevisível, inclusive no que diz respeito às indicações terapêuticas (Copolillo, 1990).

Diversas são as técnicas de abordagem profissional, correspondentes a diferentes linhas teóricas. No entanto, devido à complexidade e à profundidade que o processo deve abarcar, considero ideal que as entrevistas diagnósticas não tenham um roteiro rigidamente estruturado, mas que possam reconhecer e valorizar a evolução da associação livre. Assim, baseando-se nas respostas anteriores, o psicólogo, de forma meticulosa e flexível, poderá eliciar novas questões e obter as informações necessárias (Sarnoff, 1995). Esse modelo também pode ser adotado no momento da devolução das informações, pois, dessa forma, o ritmo do trabalho será pautado pelo avaliando e por suas questões.

Para M. C. Ortigues e Ortigues (1988), a solicitação inicial de ajuda deve ser analisada a partir de questões formuladas por meio de um diálogo maleável, que permitirá que sejam desvendados aspectos inesperados do distúrbio, do contexto

que o determinou, e, ainda, daquele que foi o solicitante da avaliação psicológica. Se a escuta for apropriada, sem direcionamentos e interferências desnecessários, a demanda inicial poderá ocultar-se completamente atrás de outras solicitações, e poderá, inclusive, desaparecer com a evocação de sofrimentos antigos ou desdobrar-se, diversificar-se e ramificar-se. Muitas vezes, a solicitação inicial não é totalmente desvendada nas entrevistas diagnósticas, podendo emergir novos dados e solicitações, de forma explícita ou implícita, no momento da devolução das informações e no encerramento do psicodiagnóstico.

Para desvelar o máximo dos aspectos envolvidos em um caso, as entrevistas preliminares devem ter caráter polifônico, ou seja, devem avaliar os vários indicadores existentes nos vínculos, nos registros do presente e do passado, nos eventos descritos, nas emoções, nas vivências pessoais e na eventual evocação de sonhos ou em associações espontâneas (Copolillo, 1990). A escuta deve considerar o avaliando como um ser único, mas sem desconsiderar que é detentor de uma história singular e está inserido em uma dimensão histórica da qual sofre influência. A história de um sujeito urde à história de outros que o constituem, que são os mediadores de uma história social e coletiva constitutiva. A história não deve ser concebida como mero passado congelado ou a ser descongelado, mas como uma trama de relações na qual o sujeito está inserido, podendo nela ficar aprisionado, seja ele adulto ou criança (Reinoso, 2002).

Segundo M. C. Ortigues e Ortigues (1988), é o conjunto da configuração familiar que torna compreensível o comportamento de cada um. É necessário compreender a história pessoal do avaliando por meio de sua reconstituição, inserindo-a na realidade imediata. Também é preciso apreender a sua organização psíquica, o seu grau de maturidade e os seus modos de reação. Muitas vezes, uma conjunção de fatores simbióticos aponta a necessidade de se realizar uma distinção entre a verdade da criança e a verdade dos pais. Para isso, é essencial que se construa um espaço clínico de intimidade e de trocas, a fim de se atingir o íntimo do avaliando e de sua família, de forma natural, não impositiva e não traumatizante.

O momento da devolução das informações será o palco de novos esclarecimentos, tendo um papel fundamental no processo psicodiagnóstico no sentido de *descobrir*, organizar e esclarecer a complexidade do que veio à tona a partir do pedido de ajuda inicial. Nesse momento, o profissional deverá integrar os dados captados por meio das observações das manifestações verbais e não verbais, dos silêncios, das omissões, das ausências, das vivências, das transferências, das contratransferências e dos instrumentos utilizados, atribuindo um sentido mais amplo ao pedido manifesto, somando-o ao latente, agora *descoberto*.

Muitas vezes, na queixa inicial, o sintoma é exposto como algo isolado ou estritamente relacionado a algum acontecimento, e o que é solicitado é um plano para a supressão desse sintoma, com a ideia de que, assim, tudo se resolverá na vida do avaliando. É possível que o avaliando e sua família desconheçam que o desaparecimento de um sintoma requer alterações de bloqueios e de fixações libidinais, muitas vezes implicando uma completa reorganização da personalidade (M. C. Ortigues & Ortigues, 1988). Cabe ao profissional, especialmente no momento da devolução das informações do psicodiagnóstico, a difícil tarefa de ampliar esse conceito, integrando dados e tecendo a teia das inter-relações entre sintoma, história, dinâmica familiar, meio e situação atual, propondo uma nova forma de percepção da realidade.

Na devolução das informações do psicodiagnóstico, é necessário que o profissional possa nomear e esclarecer ao avaliando e, em caso de criança, adolescente ou adulto dependente, também aos seus responsáveis, o sentido dos sintomas, localizando-os dentro do contexto apreendido, bem como sua importância e utilidade. Recomendo que nesse momento seja realizada uma retomada do percurso da avaliação, relembrando passagens anteriores, como a entrevista inicial, o pedido de ajuda, a produção de material e as comunicações, para, enfim, conduzir ao fechamento do processo. O profissional deve *devolver* ao avaliando aquilo que é dele, e que, de algum modo, ele explicitou no contexto do psicodiagnóstico, de forma decodificada e processada, ou seja, com a devida compreensão do complexo psicológico que o envolve. Dessa forma, é possível que o avaliando e sua família se apropriem daquilo que lhes diz respeito. Assim, o profissional e o avaliando não se sentirão esvaziados, e o psicodiagnóstico poderá ter um efeito para além da catarse. Reunir informações, organizá-las, apresentá-las e discuti-las, fazer pensar – esse é o importante papel da devolução das informações no psicodiagnóstico.

Para tecer essa teia de significados, será necessário retomar o início do processo, o que eliciou sua necessidade, como a situação se apresentava no início, o que se sucedeu a isso, de que forma, e o que resultou de toda uma demanda de abordagens. Nesse momento, será importante retomar o papel dos instrumentos empregados na avaliação, sejam as entrevistas, as escalas, os testes, as técnicas, de modo que tudo faça sentido. O compartilhamento dessas informações retira o profissional do papel de sujeito suposto saber e o coloca no papel de alguém que divide um saber que diz respeito a todos os envolvidos, alguém que ajuda a capturar sentidos e a pensar conjuntamente em alternativas e possibilidades para melhorar o que não está bem e potencializar o que ainda pode ser melhor. Nesse sentido, é necessário que todos possam ser condutores do processo psicodiagnóstico, e que, ao final, os solicitantes possam fazer escolhas que tenham sentido para eles e que estejam dentro de suas possibilidades reais.

É importante observar a reação verbal e não verbal do avaliando e de sua família nesse momento, bem como as distorções transferenciais. Também é de grande importância observar as reações contratransferenciais do profissional no campo do psicodiagnóstico, pois elas permitem o aprofundamento da compreensão da dinâmica do avaliando e de sua família, sendo uma fonte adicional de informações. Essas análises dão origem a um diagnóstico e a um prognóstico mais próximos da realidade, bem como à proposição de um planejamento mais adequado quanto às indicações terapêuticas (Copolillo, 1990; Ocampo & Arzeno, 1981).

No momento da devolução das informações do psicodiagnóstico, o profissional convidará o avaliando e seus familiares a percorrerem com ele uma trajetória repleta de pontos a serem apreciados. Por fim, juntos chegarão a conclusões sobre o impacto dessas vivências no momento atual do avaliando e de sua família. Esse momento apontará também os caminhos a serem trilhados na busca pelo bem viver, que não se encerrarão com o fim do psicodiagnóstico, deverão ter continuidade de várias formas por novos percursos.

A devolução das informações do psicodiagnóstico é um momento especial, pois plantará sementes que poderão germinar, no presente e no futuro, maximizando os efeitos da intervenção realizada. Contudo, o êxito do processo dependerá em grande parte do modo como as informações circularão entre as partes envolvidas. Cabe salientar que o profissional deve ser capaz de avaliar a produtividade de fornecer informações demasiadamente técnicas aos envolvidos. O psicólogo deve ter em mente que é essencial comunicar ao avaliando aquilo que eles terão condições de processar em seu benefício, e, até mesmo, de suportar.

Segundo M. C. Ortigues e Ortigues (1988), não seria benéfico e proveitoso, em longo prazo, que uma criança e sua família sejam conduzidas a uma decisão e a uma situação de tratamento cujas implicações e consequências e cujos desfechos não desejaram e não possam suportar. Os autores apontam que o profissional não deve excluir as queixas e tampouco fechar as vias de exploração e qualificar negativamente as colocações dos solicitantes, respeitando seus limites. Inclusive, enfatizam que, quando um processo terapêutico em curso é interrompido ou quando se torna interminável, como na desistência de uma psicoterapia, por exemplo, esses desfechos apontam para a ocorrência de falhas na trajetória da avaliação que podem estar centradas em equívocos na compreensão do caso, assim como na condução do seu fechamento. Nesses casos, o profissional deve questionar-se, entre outras coisas, sobre como foi constituída a decisão quanto à indicação terapêutica abandonada, qual foi o encaminhamento do diálogo que conduziu à decisão de seguir à terapêutica, e qual foi a reação do avaliando e de sua família a essa decisão, pois podem estar nas respostas a essas questões as chaves para a compreensão da finalização extemporânea.

A compreensão atual do psicodiagnóstico passou a englobar, além do diagnóstico descritivo e de nível de funcionamento, o diagnóstico psicodinâmico e das relações familiares e sociais, para, a partir das informações obtidas, apreender o que dá sentido ao sujeito em questão. Aponta, para além da patologia, aspectos livres de conflito e que podem reforçar e favorecer alternativas de superação de dificuldades. Dessa forma, as indicações terapêuticas propostas devem prever, quando necessário, alterações em todos os contextos da vida do avaliando e de sua família, dentro das suas possibilidades. Todos esses aspectos devem ser bem explorados no momento da devolução das informações do psicodiagnóstico, pois as abordagens terapêuticas de seguimento que estiverem apoiadas em expectativas e em entendimentos equivocados correm o risco de fracassar.

A TÉCNICA DA DEVOLUÇÃO DAS INFORMAÇÕES NO PSICODIAGNÓSTICO

A devolução das informações caracteriza-se como uma comunicação verbal, discriminada e dosificada, entre o psicólogo e o avaliando, seus pais e outros demandantes, sobre os resultados obtidos no psicodiagnóstico (Ocampo & Arzeno, 1981). Entretanto, não se trata de uma comunicação unidirecional e estanque, mas circular – do avaliando e sua família para o psicólogo, e vice-versa. Caracteriza-se como um espaço voltado à discussão das informações obtidas no processo e serve como oportunidade para o *insight*.

Esse momento deve estar previsto desde o início do psicodiagnóstico, e a sua previsão deve ser inicialmente comunicada ao avaliando e aos seus familiares. O fato de saber que haverá um momento de discussão sobre os achados do processo pode fazer o avaliando sentir-se comprometido e disposto a colaborar. Isso não se confirma nos casos em que o avaliando tem receio de que os seus segredos sejam desvelados para outros demandantes, como professores, médicos, entre outros, pois poderá apresentar ansiedade persecutória e resistência ou oposição ante a abordagem (Ocampo & Arzeno, 1981). Nesses casos, é importante que todas as ansiedades comunicadas, direta ou indiretamente, sejam abordadas pelo profissional no momento em que forem detectadas. Somente dessa forma será possível tranquilizar o avaliando e fazê-lo participar livre e espontaneamente das atividades propostas. Também é importante informá-lo de que nem todos os aspectos componentes da avaliação serão comunicados a terceiros, e que tudo o que for comunicado será feito em seu benefício e com o seu conhecimento.

Geralmente, a devolução das informações do psicodiagnóstico é realizada no final do processo, como um meio para a elaboração dos aspectos mobilizados durante a abordagem e como seu fechamento. No entanto, não necessariamente deve ocorrer dessa forma, pois, em alguns casos especiais, algumas informações do psicodiagnóstico talvez tenham de ser antecipadas no decorrer do processo. Sobretudo nos casos em que forem detectados indicadores de risco para o paciente ou de ameaça à sociedade, como casos de crises psicóticas, tendências suicidas, ideias homicidas ou atos antissociais graves, podem ser necessários encaminhamentos emergenciais para consultas médicas ou psiquiátricas, ou mesmo para hospitais psiquiátricos com vistas à internação (Cunha, 2000). No momento da devolução dos dados, é importante que, além da realização dos encaminhamentos, sejam enfatizados os riscos advindos do não atendimento a essas orientações ou indicações terapêuticas, principalmente nos casos que envolvem maior gravidade.

No caso de realização de psicodiagnóstico de avaliando adulto independente, a devolução das informações geralmente ocorre diretamente para ele. Entretanto, nos casos em que forem detectados indicadores de risco ao paciente ou a terceiros, deve-se informar ao avaliando que será solicitada a presença de um familiar, a quem será comunicado o problema identificado e a respectiva indicação terapêutica.

Quando se trata de avaliando criança, adolescente ou adulto dependente, existem, necessariamente, duas entrevistas básicas de devolução de informações do psicodiagnóstico: uma com os pais ou responsáveis, e outra, com o avaliando. Alguns profissionais tendem a enfatizar uma ou outra entrevista, porém ambas são importantes e devem ser encaminhadas cuidadosamente, devendo ser observadas as capacidades egoicas e a maturidade dos avaliandos para compreender e tolerar produtivamente os aspectos abordados (Ocampo & Arzeno, 1981).

Considero que a devolução das informações do psicodiagnóstico não deve ser exclusividade dos pais ou dos responsáveis, pois a criança, o adolescente e o adulto dependente também têm direito a esse momento de processamento. Mesmo nos casos em que o encaminhamento terapêutico será direcionado a outros membros da família, o avaliando não deve ser privado do direito à entrevista devolutiva, pois sua problemática foi o motivo central para o processo. É importante observar que a não realização da devolução das informações do psicodiagnóstico pode levar à intensificação das fantasias de doença e de loucura no avaliando e em seus familiares, acarretando, assim, inúmeros prejuízos aos envolvidos.

Algumas ideias apoiam a concepção de que a devolução das informações do psicodiagnóstico para os pais e para a criança deve ocorrer em momentos diferentes. Ocampo e Arzeno (1981) apontam que essa conduta favorece a discriminação de identidade entre eles. Acredito que momentos diferenciados de devolução das informações justificam-se, também, no fato de que a forma de comunicação, a linguagem empregada e o foco da abordagem aos resultados do psicodiag-

nóstico devem ser distintos. Ainda, as entrevistas em separado possibilitam que alguns conteúdos sejam trabalhados de forma mais clara e direta com o avaliando, garantindo o reconhecimento da sua individualidade e o seu direito à privacidade. Conteúdos muito específicos, revelados pela criança ou pelo adolescente, relacionados a desejos, sentimentos e relacionamentos, por exemplo, muitas vezes não precisam ser comunicados a outras pessoas. De outro modo, a modalidade de devolução em separado possibilita que alguns conteúdos sejam trabalhados com os pais de forma aberta, poupando a criança ou o adolescente da exposição dolorosa ante a escuta de sentimentos de ambivalência, desesperança e, por vezes, desamor da parte dos pais.

Contudo, em muitos casos, as entrevistas conjuntas, incluindo a participação do profissional, do avaliando e de seus responsáveis, podem ser produtivas. Essa modalidade é indicada principalmente quando existem pontos dúbios ou vulneráveis que precisam ser trabalhados na presença de todos, como, por exemplo, quando há a necessidade de correção de distorções envolvendo a projeção de fantasias de doença em um depositário. Nesses casos, uma devolução conjunta das informações do psicodiagnóstico servirá para clarificar a posição dos membros da família com relação à situação apresentada, esclarecendo, assim, o papel de cada um na dinâmica familiar.

A devolução das informações do psicodiagnóstico, momento que encerra um processo em si, não precisa ficar circunscrita a uma única entrevista, podendo ser ampliada a partir da necessidade dos solicitantes e do profissional. A devolução das informações do psicodiagnóstico também não diz respeito a um momento único, pois não acontece somente no encerramento do processo. Essa questão é mais bem apreendida a partir de três aspectos, que serão descritos a seguir.

Em primeiro lugar, trata-se de um processamento que começa na mente do profissional no momento em que se depara com dados provenientes das diferentes etapas da avaliação, passando a integrá-los e a delinear alternativas possíveis para o atendimento das necessidades do avaliando e de sua família muito antes dos encontros finais. Do mesmo modo, o avaliando e os demais participantes também vão descobrindo e integrando percepções sobre si mesmos, que vão se inscrevendo em suas mentes no decorrer do processo. Esses entendimentos podem ser oportunamente reconhecidos e nomeados pelo profissional no decorrer do processo, constituindo devoluções graduais assistemáticas. Sob esse aspecto, a devolução acontece como uma decorrência natural do processo na mente dos envolvidos. De acordo com o grau de importância, esses *insights* obtidos durante o processo devem ser retomados e destacados também no momento final, no fechamento do psicodiagnóstico.

Em segundo lugar, podem ser realizadas uma ou mais entrevistas, tanto com o avaliando como com os seus responsáveis, em momentos diferentes ou de forma conjunta. Nos casos em que os conflitos entre os familiares tornam os momentos conjuntos improdutivos, ou nas situações em que o pai ou a mãe rejeitam a ideia de entrevista conjunta, o profissional deve realizar a entrevista devolutiva com cada um em separado, priorizando a participação de todos no fechamento do processo. Além disso, pode haver a necessidade de realizar um momento de devolução das informações ao profissional ou à instituição solicitante do psicodiagnóstico.

Em terceiro lugar, o momento da devolução das informações do psicodiagnóstico caracteriza-se como um processo dentro de um processo maior, que não é objetivo e que tampouco deve ser estanque, mas que deve ter o ritmo ditado pelo curso dos eventos e pelo modo como cada um expõe e processa as informações. Tanto o avaliando e seus responsáveis como o profissional podem necessitar de mais de um encontro para serem capazes de esclarecer e estabelecer alguns fechamentos acerca da avaliação. Isso não significa que não deva haver um cuidado para não transformar a devolução das informações do psicodiagnóstico em um momento interminável, confundindo-se com uma psicoterapia.

Na hora de discutir os achados de um psicodiagnóstico, todo cuidado é pouco. Segundo Ocampo e Arzeno (1981), uma boa devolução começa com a aquisição de um bom conhecimento do caso, o que possibilitará a elaboração de hipóteses explicativas sobre a natureza dos vínculos que ligam o avaliando a seu grupo familiar e ao próprio avaliador, discriminando os aspectos saudáveis e patológicos de suas relações. Desses achados, será extraído o que deverá ser exposto ao avaliando e à sua família, de forma flexível e direcionada pelo que está sendo vivenciado no momento da devolução das informações do psicodiagnóstico. Tais informações devem ser incluídas de forma cautelosa e cuidadosa, sempre respeitando o desejo, o alcance e os limites dos

envolvidos. No caso de criança ou adolescente, o profissional deve ter em mente que o problema trazido pelos pais com relação ao avaliando envolve também o problema desses pais como pais, que não conseguem ser ou fazer diferente, e que, apesar de desconhecerem, são cúmplices dos distúrbios da criança (M. C. Ortigues & Ortigues, 1988).

Na minha experiência profissional, tenho constatado que, muitas vezes, o psicodiagnóstico propicia a emergência de sentimentos e situações difíceis de serem suportados. É necessário que o profissional seja sensível e esteja atento à capacidade de suportabilidade do avaliando e de seus responsáveis quanto ao recebimento de determinadas informações. É importante que se revele aquilo que, presumidamente, eles conseguirão suportar. Em alguns casos, pode ser necessário que o profissional solicite que o avaliando ou seus familiares iniciem as abordagens terapêuticas indicadas (psicoterapia, atendimento psiquiátrico, entre outros), antes que o profissional possa iniciar ou dar continuidade à devolução das informações do psicodiagnóstico. Essas medidas visam a preservação dos envolvidos no processo.

Cada contexto diferente de devolução exigirá uma abordagem diferenciada do material em questão, devendo ser expostos apenas os conteúdos específicos relacionados àquela determinada situação, sempre visando o benefício do avaliando. Acredito ser essencial que o profissional tenha em mente que a história de vida do avaliando diz respeito somente a ele e não deve ser exposta sem uma clara necessidade e benefício próprio. Cabe salientar que nem todas as informações resultantes do psicodiagnóstico – como dados da história pregressa e atual, revelações, conteúdos diagnósticos, entre outros – devem ser comunicadas a todas as pessoas contempladas com a devolução. Uma devolução voltada a um membro da comunidade escolar, por exemplo, não precisa envolver conteúdos detalhados sobre a história dos pais ou da criança, mas deve conter dados gerais sobre sua situação de vida, focando em conteúdos sobre o estado emocional atual do avaliando, bem como em suas habilidades desenvolvidas e potenciais, estritamente relacionadas à vida escolar. Outro cuidado importante deve ser com relação às informações sobre conteúdos diagnósticos. Quando necessário, esses dados devem ser incluídos parcimoniosamente e contextualizados, buscando evitar um uso inadequado, como o favorecimento da aplicação de rótulos.

Para alguns autores, em caso de criança, adolescente ou adulto dependente, as impressões diagnósticas, bem como as indicações para diminuir o sofrimento do avaliando e de sua família, devem ser discutidas em primeiro lugar com o avaliando, por meio de uma linguagem simples e direta, posteriormente com os seus responsáveis, e, por fim, com os demais demandantes. Em cada contexto, deve ser abordado somente aquilo que for útil ao avaliando (Copolillo, 1990). Para outros autores, no caso de avaliando criança, primeiro deve-se realizar um momento de devolução das informações do psicodiagnóstico com os responsáveis, para, somente após, realizá-lo com a criança. Assim, questões como o seguimento das indicações terapêuticas podem primeiro ser definidas com os pais, e após, comunicadas à criança (Ocampo & Arzeno, 1981). Considero importante ressaltar que cada caso é um caso, e caberá ao profissional definir, em conjunto com o avaliando e seus familiares, qual a forma mais conveniente de conduzir a devolução das informações do psicodiagnóstico.

No momento da devolução das informações, cabe ao profissional retomar o diálogo, esquematizando os pontos que devem ser abordados. Alguns autores sugerem o uso de critérios de prioridade, como características de intensidade, repetição e obscuridade. Em alguns casos, podem ser abordados primeiramente os aspectos adaptativos do avaliando, por serem menos ansiogênicos; e, por último, os menos adaptativos, sempre observando os indicadores de tolerância (postura receptiva, perguntas, adição de novos dados, realização de novas associações) e de intolerância (dificuldades para compreender, negativas, empalidecer, sair da sala, atrasos) quanto ao que está sendo tratado (M. C. Ortigues & Ortigues, 1988).

A linguagem deve ser clara, e devem ser utilizados, preferencialmente, termos compreensíveis ao avaliando e à sua família. No caso de crianças pequenas, a devolução pode se dar por meio de jogos, e, nesse caso, também deve ser priorizado o uso de termos comuns à criança. É importante que o profissional realize sínteses compreensivas do caso à medida que vai dialogando com o avaliando, seja ele adulto, adolescente ou criança, e também com os pais.

Inicialmente, o campo para discussão pode ser aberto com a retomada do motivo original da busca de ajuda. Assim, pode-se observar o que se sucedeu a partir desse momento, possibilitando

ao avaliando e a seus pais ou responsáveis expor o que os preocupava e as suas percepções iniciais a respeito do motivo da procura. Muitas vezes, o psicodiagnóstico começa a ter um efeito na mente dos envolvidos já no seu início, ocasionando alívio dos sintomas e alterando rapidamente a percepção inicial dos envolvidos, que podem, inclusive, esquecer qual foi a demanda original. Em um segundo momento, sugiro que o profissional revele, de forma gradativa, como ocorreu a aproximação técnica à problemática explícita e à problemática implícita desvelada, explicando a utilização de diferentes recursos e suas funções, como o emprego de entrevistas, jogos e atividades específicas para avaliar capacidades. Não se trata de revelar que em determinado instrumento foi identificada certa dificuldade, pois os resultados de um psicodiagnóstico não são segmentados e precisam ser analisados em conjunto; porém, pode-se esclarecer o que foi constatado por meio da aproximação realizada e qual foi a problemática apreendida durante o decorrer do processo.

No caso de uma criança cuja escola solicitou o psicodiagnóstico devido à suspeita de atraso mental, é possível que a avaliação não confirme essa hipótese inicial e evidencie problemas de outra natureza. Nesse caso, é importante informar, por exemplo, que, por meio dos recursos utilizados, como entrevistas e hora de jogo, e dos instrumentos empregados, constatou-se que o avaliando apresenta um bom potencial intelectual e de habilidades que não está adequadamente desenvolvido e tampouco está sendo aproveitado a serviço da aprendizagem escolar. Pode-se exemplificar a situação dizendo que a criança apresentou condições de raciocínio, conteúdo lógico e comunicação mais evoluída quando adequadamente estimulada, evidenciando, de forma clara, que, se o meio a estimula, ela consegue apresentar um comportamento adequado à sua etapa de desenvolvimento. É possível apontar que, por meio de seu comportamento e do conteúdo de suas comunicações verbais e não verbais, identificaram-se dificuldades de ordem emocional, especialmente relacionadas ao seu ambiente primário e aos seus relacionamentos, que reforçaram sua condição de dependência. Nesse caso, pode-se realizar sugestões de alterações na forma de comunicação e de conduta do meio para com a criança.

Nomear as contribuições das diferentes formas de abordagem (entrevistas e instrumentos), de forma clara e acessível, é essencial. Esse momento caracteriza-se como uma oportunidade para desmistificar o papel dos instrumentos empregados na avaliação que por ventura ainda sejam alvos de fantasias ou dúvidas, e, também, de demonstrar o papel deles nessa construção. É importante esclarecer de que forma cada momento contribuiu com os achados do psicodiagnóstico, e dividir com o avaliando e sua família, em termos gerais, por meio de uma linguagem não técnica, aquilo que foi revelado. Nesse momento, podem ser dissipadas fantasias existentes, como, por exemplo, a respeito da capacidade intelectual do avaliando, ao expor que as atividades realizadas, somadas a dados provenientes de outras fontes, mostraram que ele tem ou não tem determinado potencial intelectual. Dessa forma, é possível trabalhar aspectos de desvalorização e de supervalorização de determinados comportamentos da criança.

É possível comunicar aos pais e à criança, por exemplo, que, ao brincar, ela nos conta o que sente e demonstra como está ocorrendo o desenvolvimento do seu pensamento. Assim como se pode mostrar que o jogo e as técnicas lúdicas, somadas a outros dados e à história do avaliando, podem revelar que as marcas de certas vivências de determinadas fases do desenvolvimento infantil permanecem intensas e manifestas por meio de comportamentos infantilizados, como, por exemplo, nos quadros de intensa oralidade ou de enurese.

Na devolução das informações do psicodiagnóstico, também podem ser inseridas as contribuições de outros profissionais ao processo, como médicos e professores. Fontes externas fornecem uma visão objetiva e longitudinal da criança, da família e de suas problemáticas, indicando áreas a serem exploradas (Sarnoff, 1995). Entretanto, cabe salientar que essas informações, assim como aquelas resultantes dos instrumentos psicológicos, devem ser inseridas no momento oportuno, de forma dialógica, metabolizada, integrada, acessível e produtiva. Elas não devem ser transmitidas *in natura*, por meio de dados estanques, ao paciente e aos seus familiares, pois podem ocorrer incompreensões, confundindo ou rotulando o avaliando, e, desse modo, prestando-lhe um desserviço. Ainda, é importante preservar o sigilo e não mostrar as produções do avaliando, como desenhos, dobraduras, testes e escritos, aos pais ou a outros demandantes do psicodiagnóstico (M. C. Ortigues & Ortigues, 1988).

A devolução das informações, mesmo quando conduzida de forma adequada, pode mobilizar

diversos sentimentos. Muitas vezes, deparar-se com conteúdos relacionados ao baixo desenvolvimento ou à patologia de um filho pode mobilizar sentimentos de ansiedade e culpa nos pais, que reagem por meio de atitudes conflitivas e hostis entre si, geradoras de desacertos. São comuns os casos em que, após uma informação sobre as dificuldades emocionais de um filho, como, por exemplo, sua regressividade, insegurança, menos-valia ou dificuldades em determinadas áreas do desenvolvimento, o pai e a mãe passem a acusar um ao outro de ter tido atitudes geradoras dessas problemáticas no filho. Nesses momentos, o profissional deve evitar tomar partido em apoio a um ou a outro membro da família, e precisa agir de forma mediadora, tentando integrar dissociações e dissolver culpabilizações. Segundo Costa (2008), a atitude terapêutica deve ser predominantemente facilitadora, reanimadora, explicativa, discriminatória e inter-relacionadora.

Nesses momentos, o profissional deve ajudar os pais a compreenderem que as dificuldades de uma pessoa estão relacionadas a um somatório de experiências e, inclusive, a algumas características próprias, sendo difícil localizar de forma exata qual fato gerou determinada circunstância. Também pode ser necessário lembrá-los de que as pessoas não têm total domínio e conhecimento sobre os seus comportamentos, e que, portanto, as intromissões por parte dos pais no desenvolvimento de um filho muitas vezes são involuntárias. Além disso, convém lembrá-los de que, direta ou indiretamente, todos contribuem na dinâmica familiar. Mas, quando for o caso, deve-se apontar que o ambiente, ou algum de seus membros, pode não estar conseguindo estimular a criança da melhor forma, por exemplo, no sentido da autonomia, seja porque a protege demais, seja porque a protege de menos. Essa será uma oportunidade para reflexão e para o estabelecimento conjunto de propostas de novos modelos de atitudes e relacionamentos.

Embora não seja o objetivo deste capítulo discutir sobre os documentos resultantes do psicodiagnóstico, considero importante ressaltar que os cuidados explicitados com relação à devolução presencial de resultados do psicodiagnóstico também devem ser observados nas devoluções realizadas por escrito, tanto na forma de relatório, quanto na forma de parecer psicológico. Enfatizo a importância da seleção do conteúdo a ser comunicado, observando o respeito ao sigilo e à privacidade do avaliando. As comunicações por escrito devem ser produzidas de forma específica para cada demandante, e devem conter apenas informações relevantes ao contexto em questão, evitando a inclusão de dados desnecessários ou que possam ser interpretados de forma equivocada.

As comunicações por escrito devem ser pautadas pelos princípios éticos que regem a profissão e seguir as orientações do conselho de classe. O avaliando e os seus responsáveis devem ter ciência do conteúdo do documento elaborado e explicitar a sua concordância com o seu envio ao destinatário. O caráter de confidencialidade da comunicação e a informação sobre a quem ela se destina devem estar expressos no material escrito, a fim de garantir o uso responsável por parte de seu portador e guardião. Ressalto que todos os documentos oriundos do psicodiagnóstico devem ser produzidos em duas vias, para que as diferentes versões encaminhadas a todos os demandantes constem nos arquivos do profissional que as produziu e encaminhou.

AS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

A discussão sobre as indicações terapêuticas decorrentes do psicodiagnóstico é um aspecto importante da devolução de informações. Caso os passos anteriores tenham sido bem trabalhados, não será nenhuma surpresa ao avaliando e a seus familiares os caminhos propostos para a melhoria da qualidade de vida de todos. Nos casos de indicação de psicoterapia, muitas vezes os pais chegam a dizer que, pelo curso da conversa, já imaginavam que a indicação seria feita ao final da exposição.

Deve-se atentar para o fato de que prescrever tratamentos de forma não condizente com a realidade e com o desejo dos pais e da criança pode tornar o psicodiagnóstico inócuo e estéril. Muito além de diagnosticar e apontar a cura, o psicodiagnóstico deve propor alternativas com base na compreensão psicodinâmica, ancorada no entendimento sociofamiliar, cultural e econômico de seus participantes. As indicações terapêuticas devem ser apropriadas às possibilidades do avaliando e de sua família, priorizando-se referenciar locais próximos à sua comunidade e recursos financeiramente acessíveis, atendendo às necessidades observadas.

Durante o psicodiagnóstico, deve-se vislumbrar não somente a dinâmica intrapsíquica do avaliando, mas todo o seu contexto. Dessa forma, é dever do profissional fornecer indica-

ções terapêuticas que vão além das intervenções de tratamentos. Considero que também devem ser fornecidas sugestões de alterações na rotina familiar quanto a aspectos relacionados ao avaliando, como, por exemplo, referentes à ocupação dos dormitórios na casa, à organização dos hábitos familiares, ao encaminhamento para esportes e atividades recreativas e ao lazer da família, entre outros.

No caso de o psicodiagnóstico seguir-se de uma psicoterapia com o mesmo profissional, este deve estar ciente de que o que ocorreu durante o processo de avaliação poderá influenciar o processo terapêutico de seguimento. Copolillo (1990) sugere que, em caso de continuidade do vínculo por meio da psicoterapia, o profissional deve deixar claro que o avaliando e sua família têm a abertura e o tempo necessários para tomar uma decisão, inclusive para conhecer outros profissionais que realizem a mesma atividade, antes da contratação.

O PROGNÓSTICO

Nesse momento, o profissional coloca o seu arsenal teórico e de experiência clínica à disposição do avaliando e de sua família, a fim de demonstrar aos envolvidos o risco a que estarão expostos caso algumas medidas terapêuticas não sejam tomadas. Expor os possíveis desdobramentos da condição atual é uma das mais importantes tarefas da devolução de informações do psicodiagnóstico. Considera-se que apresentar um prognóstico em curto e longo prazos, de forma clara, faz parte do dever científico do profissional.

A devolução de informações encerra também um caráter preventivo, pois auxilia o avaliando e sua família a vislumbrar um possível porvir, que, não sendo favorável, poderá de alguma forma ser prevenido. Desse modo, pode-se explicitar, por exemplo, que deixar de buscar um auxílio terapêutico enquanto ainda há plasticidade cerebral para o desenvolvimento de certas habilidades ou enquanto a personalidade de uma criança ainda não está estruturada pode ser temerário, pois isso pode se constituir como um limitador para o desenvolvimento do avaliando em um futuro próximo ou longínquo. Apontar os possíveis desdobramentos das atuais dificuldades do avaliando também deve fazer parte desse momento, além de ter um sentido preventivo, pois permite que os pais adotem medidas favoráveis ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. Mesmo no caso de adultos, o prognóstico também favorece a tomada de decisão no sentido de evitar que os problemas se agravem e que as perdas na vida do avaliando sejam irreparáveis.

Cabe ressaltar que, no momento do fechamento do psicodiagnóstico, o avaliando e seus familiares devem ser informados sobre o papel do profissional de guardião dos registros das atividades e do material resultante do psicodiagnóstico. Dessa forma, assegura-se aos interessados o direito à confidencialidade e à disponibilidade, de acordo com normativas éticas e legais.

Assim como as primeiras entrevistas não encerram o papel de desvendar uma demanda, penso que a devolução de informações do psicodiagnóstico não tem o papel de apenas *devolver* resultados. Segundo a concepção atual, nada foi *extraído* do avaliando. Considero que o momento da devolução das informações traduz-se em um *lugar* simbólico, em que se coloca em palavras o que começou a ser construído e em que se estabelece um momento de pensar junto, de vislumbrar caminhos. É um lugar de transformação e de estabelecimento de parcerias para adentrar um mundo inverso, complexo e subjetivo, a partir do que chegou, na forma de colocações simples e objetivas, como é, por vezes, a expressão de um sintoma. Em geral, o momento da devolução das informações do psicodiagnóstico representa um fechamento, mas, para mim, também pressupõe uma abertura para novos sentidos de vida, novas abordagens e novas satisfações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade da práxis mudou. Hoje se faz necessária uma ampliação considerável de conhecimentos acerca de diferentes abordagens. Como não saber sobre falsas memórias, sobre alienação parental, sobre disputa de guarda, sobre ato infracional, sobre vitimização? Como não conhecer fenômenos como resiliência, *coping*, cuidados substitutos, *bullying*? Como não conhecer as resoluções do Conselho Federal de Psicologia e como elas nos atingem, ou melhor, nos auxiliam? Como não considerar os achados científicos das pesquisas? Como não reconhecer as alterações das classificações internacionais de doenças mentais? Como não compreender as novas concepções acerca do espectro autista?

Tudo isso pode estar presente no dia a dia da clínica. É necessário mostrar que a pesquisa clínica também é científica. Para isso, é importante

QUADRO 13.1
Algumas sugestões práticas para a devolução de informações

Primeiramente, sugiro que seja revisado todo o material apreendido durante o psicodiagnóstico: os registros, os resultados dos instrumentos e as hipóteses levantadas.
É importante que, ao realizar a análise do caso, o profissional tenha presente o conhecimento teórico necessário sustentado pela literatura científica. Para isso, poderá realizar uma revisão da literatura direcionada a alguns pontos específicos do caso, como habilidades e comportamentos esperados para determinadas fases do desenvolvimento, sintomas e classificações psicopatológicas, entre outros.
A partir dessa retomada, deve-se observar as hipóteses e conclusões alcançadas, e organizar em forma de esquema os pontos a serem abordados na devolução para o avaliando criança, adolescente, adulto dependente ou adulto independente, bem como para com os responsáveis e outros demandantes. No caso de avaliando criança ou adolescente, realizar a devolução de informações tanto à mãe quanto ao pai, conjunta ou individualmente, de acordo com o desejo deles.
Propiciar um tempo razoável para esse momento.
Utilizar uma linguagem não técnica, clara e acessível.
Nortear a devolução de informações a partir das questões do avaliando e de sua família.
Ouvir cada um e dar oportunidade para que todos se expressem, questionem e processem as informações. Mediar conflitos.
Respeitar o sofrimento, as resistências e as limitações de cada um. Regular o nível de tensão e de conflitos para que não impossibilitem ou tornem o momento improdutivo.
Pode ser útil começar a explanação a partir de uma linha de raciocínio que vai do geral ao particular, abordando-se primeiro o estado geral do avaliando, apontando os aspectos que apresentam um bom desenvolvimento, e, por fim, as suas problemáticas.
Mostrar que os sintomas não são os únicos, nem os maiores problemas do avaliando, pontuando suas relações e significados.
Abordar as características comuns e incomuns à fase de desenvolvimento ou ao momento de vida (crises vitais, situações traumáticas e de estresse, luto) em que o avaliando se encontra, e situá-lo com relação a esses comportamentos (comportamento típico ou atípico).
Utilizar dados da observação de comportamento do avaliando durante o psicodiagnóstico para explicitar as suas facilidades e dificuldades. Mostrar, por exemplo, se ele sabe se expressar, se tem dificuldade para pedir ajuda, se prefere brincar sozinho, se se mostra dependente, entre outros comportamentos. Explicitar, também, as capacidades do avaliando, como, por exemplo, se é atento e observador, se tem boa memória, se é perseverante, se consegue concluir tarefas, se tem capacidade de adaptação, se segue regras, se não aceita o não, enfim, aquilo que foi observado na relação com o profissional.
Apreciar, de forma não acusatória e não culpabilizante, as forças e fraquezas da família, a definição dos papéis, o comprometimento familiar, como, por exemplo, se há ou não a participação da mãe ou do pai em determinadas situações, como no acompanhamento escolar, no lazer, na realização de tarefas, na vida social da criança ou do adolescente, e, no caso de adultos, se o cônjuge é participativo e apoiador, entre outros aspectos.
Apreciar o padrão de estimulação ambiental e a resposta da criança, por exemplo: se ela é estimulada a buscar a autonomia ou a dependência e como reage a isso.
Refletir sobre a tolerância ou intolerância, sobre a característica amigável ou hostil do ambiente – se ele é rigoroso ou tolerante demais.
Abordar traços da personalidade em construção ou estáveis, modelos de identificação – se o avaliando inspira-se em um modelo ou em outro.
Discutir a organização do ambiente que cerca o avaliando, os cuidados, o lazer, as tarefas escolares e diárias, seus compromissos, a sobrecarga de atividades, o auxílio que recebe ou o estado de abandono em que se encontra.

QUADRO 13.1
Algumas sugestões práticas para a devolução de informações

Esclarecer a importância do brincar e do lazer, da sexualidade, das sublimações, das resistências e dos bloqueios.
Discutir a respeito das expectativas dos pais e do avaliando em relação a ele mesmo e ao seu nível de adequação à realidade – se o seu modo de vida e suas aspirações para o futuro são apropriados aos seus recursos e potenciais.
Observar e esclarecer pontos dúbios.
Discutir a necessidade e a viabilidade dos encaminhamentos terapêuticos indicados, assim como ajudar o avaliando e seus responsáveis na organização prática quanto à busca de recursos, tanto para avaliandos adultos quanto para crianças e adolescentes.

descrever termos, desvendar achados, explicitar paradigmas. Compreender o que lhe dá sentido. A clínica, por meio das suas abordagens – como o psicodiagnóstico, a psicoterapia, entre outras –, ajuda a descobrir o que está encoberto, busca revelações de algo que se sabe, mas de que não se tem consciência. Por se tratar de conteúdo ansiogênico, busca-se compreender os enigmas da origem, de ser quem se é em um determinado meio.

Mas como fazer essa mensagem chegar ao seu destinatário? Essa é uma das principais questões da devolução das informações do psicodiagnóstico. É necessário estudar o campo, um campo minado de sintomas, conflitos e defesas que precisam ser transpostos. Para isso, o profissional que avalia tem que ser mais humano e menos *sujeito suposto saber*. É preciso reunir técnicas, sem preconceitos, sob a égide da sua linha mestra.

Os problemas de natureza humana estão aumentando e adquirindo novas roupagens, consequência das organizações sociais e culturais contemporâneas. Atualmente, sabe-se que as dificuldades humanas adentram muitos campos, relacionais, sociais, culturais, e até mesmo cibernéticos, em que ocorrem falhas que geram repercussões no humano. Faz-se necessária uma compreensão ampliada de diferentes contextos, para além das organizações psicopatológicas clássicas. É preciso compreender o ambiente de cada um, suas possibilidades e seus limites.

É essencial a compreensão das novas configurações que demandam o psicodiagnóstico e o conhecimento das inúmeras modalidades terapêuticas existentes. Novas necessidades surgem e novos caminhos são possíveis, o que se reflete na complexidade e na profundidade da nossa prática.

Mas tão importante quanto compreender, é necessário saber comunicar o que é compreendido. Essa é a extrema importância do momento da devolução das informações, que deve encerrar um processo e, ao mesmo tempo, conduzir a uma abertura, a um conhecimento novo, que mesmo que já fosse vivenciado pelo avaliando, não estava consciente, era apenas atuado e mal compreendido. A devolução das informações deve desvelar o desconhecido e apontar novos caminhos, para, quem sabe, levar a uma nova vida.

REFERÊNCIAS

Copolillo, H. P. (1990). Encontros com a criança e a entrevista de conclusão. In H. P. Copolillo (Ed.), *Psicoterapia psicodinâmica de crianças*. São Paulo: Artes Médicas.

Costa, G. P. (2008). Psicopatologia psicanalítica contemporânea: Clínica do desvalimento. *Revista Brasileira de Psicanálise, 42*(2), 89-102.

Cunha, J. A. (2000). Passos do processo psicodiagnóstico. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Ocampo, M. L. S., & Arzeno, M. E. G. (1981). Devolução de informação no processo psicodiagnóstico. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, & E. G. Piccolo (Eds.), *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.

Ortigues, M. C., & Ortigues, E. (1988). As entrevistas preliminares. In M. C. Ortigues, & E. Ortigues. *Como se decide uma psicoterapia de criança*. São Paulo: Martins Fontes.

Reinoso, G. G. (2002). Prefácio. In A. M. S. de Rosemberg (Org.), *O lugar dos pais na psicanálise de crianças* (2. ed.). São Paulo: Escuta.

Sarnoff, C. A. (1995). Avaliação. In C. A. Sarnoff. *Estratégias psicoterapêuticas nos anos de latência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Van Kolck, O. L. (1984). Prefácio. In O. L. Van Kolck. *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico* (Vol. 5). São Paulo: EPU.

14

ELABORAÇÃO DE DOCUMENTOS DECORRENTES DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Sonia Liane Reichert Rovinski
Vivian de Medeiros Lago

Os processos de avaliação psicológica com muita frequência demandam, ao seu final, a produção de documentos, que terão por finalidade a devolução dos resultados encontrados. Esses documentos sintetizam dados importantes sobre a situação e o problema que lhes deu origem, além de auxiliar na tomada de decisão quanto ao tratamento ou encaminhamento necessários. Em função da permanência que adquirem no tempo, podem manter sua influência sobre os casos por muitos anos além do período avaliativo, exigindo, em consequência, cuidados especiais em sua escrita.

O processo psicodiagnóstico, foco de discussão nesta obra, apesar de relacionar-se com mais frequência à prática clínica do psicólogo, pode também ser solicitado por outros profissionais e em contextos diferentes daquele que lhe deu origem. Independentemente das denominações recebidas (p. ex., perícia psicológica), a metodologia empregada pelo psicólogo pode ser a do psicodiagnóstico. Quando essas solicitações acontecem, geralmente partem de campos disciplinares distintos ao do psicológico, gerando a necessidade de a escrita ser facilmente compreendida tanto por clientes leigos como por aqueles vinculados a outras áreas de conhecimento, como médicos, juízes e professores. Ao psicólogo cabe não apenas oferecer resultados de testes, mas discutir seus dados de forma que façam sentido à demanda de seu cliente, auxiliando-o na compreensão e na solução de seus problemas (Groth-Marnat, 2003; Lichtenberger, Mather, Kaufman, & Kaufman, 2004). Tavares (2012) lembra que, na maior parte das vezes, o cliente a que está se referindo é aquele que solicitou o processo avaliativo, a quem deve ser dada a devolução dos resultados por meio de um documento escrito. O relatório que não for compreendido por quem o solicitou é um relatório sem valor. Diz o autor: "... Se quem requer a avaliação não se sentir profissionalmente beneficiado nesse processo, dificilmente irá requerer outras avaliações no futuro" (Tavares, 2012, p. 323).

A escrita dos documentos está fortemente influenciada pelo campo interdisciplinar em que se inserem, podendo apresentar variações em sua apresentação em decorrência das características dos diferentes contextos de devolução. No entanto, independentemente do contexto avaliativo e da possível interferência das características individuais de quem escreve, alguns aspectos comuns precisam ser respeitados para garantir a qualidade dos documentos. Nesse sentido, enfatizamos o cuidado de a escrita manter o foco na pessoa avaliada e nos problemas que geraram a demanda avaliativa (Karson & Nadkarni, 2013; Lichtenberger et al., 2004). Para os iniciantes, é um desafio organizar a enormidade de dados que surgem com a aplicação de testes, com a observação de conduta e com a história colhida, resultando, muitas vezes, em descrições fragmentadas em que o leitor acaba tendo a missão de buscar suas próprias inferências. De acordo com Groth-Marnat (2003), a perda da especificidade do documento gera dados vagos, estereotipados e genéricos,

que pouco contribuem para a compreensão da demanda. Sua sugestão é que os documentos psicológicos tenham sempre foco no caso estudado, com descrição dos comportamentos do avaliado e de como ele pode ser tratado dentro de seu próprio contexto e em relação à questão que demandou a avaliação, usando uma linguagem compreensível àquele que recebe a devolução escrita.

Com o objetivo de auxiliar e orientar os psicólogos nessa difícil tarefa de emitir documentos, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), há mais de uma década, passou a emitir resoluções que pudessem tipificar a produção documental dos profissionais da área. A primeira normativa veio com a Resolução nº 30/2001 (CFP, 2001), revogada pela Resolução nº 17/2002 (CFP, 2002), posteriormente substituída pela nº 07/2003 (CFP, 2003). As frequentes mudanças nas orientações refletem as dificuldades encontradas pelos profissionais na definição e caracterização dos diferentes tipos de documento, principalmente no sentido de atender aos diversos contextos em que as avaliações ocorrem. Em um estudo realizado por Shine (2009), confirma-se que, mesmo com os esforços e com as atuais orientações do CFP, ainda é possível encontrar um número significativo de processos éticos relacionados ao trabalho do psicólogo envolvendo a produção de documentos, o que justifica a necessidade de maior discussão sobre o tema. Portanto, considerando o fato de a Resolução nº 07/2003 (CFP, 2003), que institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo decorrentes de avaliação psicológica, ser a referência mais atualizada disponível para os profissionais da psicologia, propõe-se, neste capítulo, apresentá-la de forma crítica e pormenorizada, a fim de auxiliar estudantes e profissionais da área na produção de seus registros. Cabe observar, contudo, que o psicólogo deve manter-se atento a futuras reformulações que por ventura o CFP possa emitir acerca da elaboração de documentos psicológicos, as quais poderão revogar e/ou alterar as orientações vigentes.

A Resolução nº 07/2003 (CFP, 2003) fornece diretrizes básicas sobre os tipos possíveis de documentos psicológicos e suas finalidades e estruturas. Em seu artigo 3º, deixa explícito que toda e qualquer comunicação por escrito decorrente de avaliação psicológica deverá orientar-se pelas diretrizes ali dispostas, sob pena de incorrer em falta ético-disciplinar. Portanto, é de suma importância que estudantes e profissionais de psicologia que trabalham com avaliação conheçam essa resolução e fiquem atentos às orientações nela expostas, de forma a desempenhar o trabalho dentro das normativas éticas.

RESOLUÇÃO CFP Nº 07/2003

O Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo está organizado em cinco seções: a) princípios norteadores da elaboração documental; b) modalidades de documentos; c) conceito/finalidade/estrutura; d) validade dos documentos; e e) guarda dos documentos. Neste capítulo, seguiremos essa mesma organização, de forma a facilitar ao leitor o entendimento do que está disposto na normativa e dos consequentes comentários. Considerações especiais a respeito da produção de documentos em contextos específicos, quando necessárias e pertinentes à questão discutida, serão feitas no decorrer do texto.

Princípios norteadores da elaboração documental

Os princípios da elaboração documental incluem técnicas da linguagem escrita e princípios éticos, técnicos e científicos da profissão. Em relação às técnicas da linguagem escrita, é indispensável que o psicólogo consiga comunicar, de forma efetiva, os resultados de seu trabalho. Para tanto, é necessária uma redação bem estruturada, com frases gramaticalmente corretas e com um encadeamento ordenado e lógico de parágrafos. Falhas na organização da escrita geram não apenas dúvidas quanto à compreensão dos resultados, mas também colocam em descrédito a própria capacidade técnica do relator. Portanto, o psicólogo deve investir no desenvolvimento de suas habilidades para a escrita e não deve constranger-se em recorrer a uma prática supervisionada ou buscar auxílio de um profissional *expert* na língua portuguesa, se houver necessidade (Lago, no prelo).

A Resolução explicita que a comunicação dos documentos deve apresentar qualidades como clareza, concisão e harmonia. A clareza se traduz, na estrutura frasal, pela sequência ou ordenamento adequado dos conteúdos e pela explicitação da natureza e da função de cada parte na construção do todo, utilizando-se expressões próprias da linguagem profissional. Essa redação técnico-científica, como descrito por Brandimiller (1996), pode ser comparada àquela utilizada na divulgação de matérias científicas

em jornais e revistas não especializadas, em que é necessário manter-se a linguagem profissional sem perder a precisão da informação para o leigo, a quem se destina. O autor amplia ainda mais o debate sobre os elementos que devem ser considerados na discussão a respeito da eficácia da comunicação em documentos oficiais, elencando os seguintes aspectos da escrita: clareza e inteligibilidade; precisão (não pode gerar ambiguidade); objetividade (deve se ater ao que precisa ser exposto); padrão culto de linguagem (correção gramatical e vocabulário universal, descartando-se gírias regionais); linguagem denotativa (nunca usar metáforas); impessoalidade (não redigir na primeira pessoa do singular); e formalidade e padronização (exigências quanto à estrutura dos documentos que serão apresentadas em outra seção deste capítulo).

Ao discutir os cuidados na escrita de laudos oficiais, Cruz (2005) chama a atenção dos psicólogos para o cuidado na apresentação de seus argumentos. Para o autor, quatro problemas devem ser evitados. Primeiro, o psicólogo não pode emitir juízo de valor, por exemplo, usando expressões do tipo "personalidade fraca" ou "bom temperamento". Segundo, deve evitar expressões dogmáticas, como "apesar de instável, acreditamos em seu pleno restabelecimento". Terceiro, deve ter cuidado com incorreções teóricas e técnicas, como expressões do tipo: "falta maturidade" ou "não dispõe de recursos intelectuais". Por fim, deve evitar impropriedades na escrita e no uso de termos, como expressões do tipo "seu desempenho na avaliação foi muito razoável".

Em relação à concisão e à harmonia, a Resolução orienta para o cuidado no uso da linguagem adequada, da palavra exata e necessária, de forma a se construir uma "economia verbal" que reflita o equilíbrio entre os extremos de uma redação lacônica e o exagero de uma redação prolixa. Para Groth-Marnat (2003), é difícil definir a extensão que um documento deve ter, pois isso pode variar em função de seus objetivos. Para explicar a situação, o autor informa que laudos na área clínica ou educacional geralmente oscilam entre 5 e 7 folhas, mas, quando produzidos na área forense, podem duplicar em tamanho, considerando a necessidade de justificar os achados e de relacionar os dados psicológicos com a demanda judicial.

A clareza e a inteligibilidade dos documentos psicológicos supõem, também, considerar a ampla gama de leitores a que são dirigidos e os diferentes níveis educacionais de quem escreve e de quem recebe a comunicação. Conforme Groth-Marnat e Davis (2014), a ética exige que os dados sejam apresentados de forma clara e compreensível para qualquer tipo de leitor. Para esse fim, os autores sugerem que o psicólogo use sentenças curtas, minimize o número de palavras difíceis, reduza os acrônimos e incremente os subtítulos. Na organização dos parágrafos, sugerem que iniciem com uma frase que introduza o tópico a ser tratado, para em seguida desenvolver o assunto com mais informações específicas, seja por meio de uma descrição mais detalhada do tema que se está abordando, seja com exemplos da observação comportamental do sujeito verificados durante o processo avaliativo.

No que se refere aos princípios éticos e técnicos, a Resolução aponta a necessidade de o psicólogo observar os princípios e dispositivos do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005). A ética deve estar presente em todo e qualquer trabalho desenvolvido pelos profissionais, e na área de avaliação psicológica não poderia ser diferente, principalmente porque os resultados descritos nos documentos passam a ser de conhecimento de terceiros, cujo uso pode resultar em limitações ao exercício dos direitos do avaliado. Essas limitações podem ser observadas com mais clareza em laudos forenses, mas também podem ocorrer em laudos realizados no contexto educacional ou na área organizacional, ao se definir capacidades e aptidões. Nesse sentido, considerando o compromisso social da psicologia para com os sujeitos que avalia, o psicólogo deve ter cautela quanto à repercussão social de seu trabalho avaliativo, evitando, conforme descrito na Resolução, o "uso dos instrumentos, técnicas psicológicas e da experiência profissional da Psicologia na sustentação de modelos institucionais e ideológicos de perpetuação da segregação aos diferentes modos de subjetivação".

Portanto, o profissional deve estar atento aos seus deveres nas "relações com a pessoa atendida, ao sigilo profissional, às relações com a justiça e ao alcance das informações". Para a realização de uma prática profissional ética, é importante que se estabeleça um contrato (seja verbal ou escrito) entre avaliador e avaliando logo no início do processo de avaliação, independentemente do contexto em que se insere, a fim de que sejam esclarecidos os objetivos e os papéis de cada um, bem como os limites da confidencialidade, explicitando quem receberá o documento escrito com os resultados encontrados.

Na prática, observa-se que uma das maiores dificuldades apresentadas por aqueles que iniciam o exercício da profissão é precisar o que deve e o que não deve ser escrito no relatório final. De acordo com o Código de Ética Profissional dos Psicólogos (CFP, 2005, p. 8, grifo nosso), alínea *g* do Artigo 1º, é dever do profissional ". . . informar, a quem de direito, os resultados decorrentes da prestação de serviços psicológicos, transmitindo *somente* o que for necessário para a tomada de decisões que afetem o usuário ou beneficiário". O psicólogo deve lembrar que não pode informar mais do que é necessário para responder à demanda que lhe é formulada, mas, também, não pode informar menos do que o necessário, de forma a deixar suas conclusões sem justificativas (Packer & Grisso, 2011). A tomada de decisão quanto às informações que devem constar no relatório precisa considerar as necessidades decorrentes da demanda que deu origem à avaliação, os conhecimentos técnicos dos receptores do documento, a proposta da realização da testagem, a utilidade geral que a informação trará para o entendimento do caso e se essa informação constitui uma característica única que diferencia o sujeito avaliado dos demais (Groth-Marnat, 2003).

As orientações do Código de Ética, em seu artigo 1º, destacam a importância de transmitir as informações necessárias sobre os serviços prestados, mas não deixam claro se o fornecimento de documentos escritos é uma obrigatoriedade. Nessa discussão, Hutz (2009) salienta o princípio ético do respeito, considerando o direito que os indivíduos têm de conhecer os resultados de suas avaliações e o uso que poderá ser feito dos dados coletados. Entretanto, persiste entre muitos psicólogos a dúvida se essa devolução, e a consequente obediência ao princípio ético do respeito, exigiria a elaboração e a entrega de um documento escrito.

Lago, Yates e Bandeira (no prelo) observam que o uso exclusivo da devolução verbal não elimina os riscos inerentes a essa prática, podendo resultar em outro tipo de prejuízo ao avaliado. Muitos pacientes que não receberam a devolução por escrito não sabem reportar com clareza os resultados de avaliações psicológicas anteriores, demonstrando falta de entendimento do que lhes foi reportado, com consequente incapacidade para informar dados que seriam importantes para a compreensão de sua situação atual. As autoras consideram que, se a avaliação é um instrumental psicológico, ela deveria funcionar como o resultado de um exame, ou seja, produzir um registro escrito que tenha permanência no tempo e possa servir para comparações futuras. Portanto, podemos concluir que, embora não exista a obrigatoriedade da devolução escrita, essa é sempre recomendada.

Na apresentação dos princípios técnicos, a Resolução salienta dois aspectos que precisam ser respeitados: a) a avaliação psicológica deve considerar a natureza dinâmica e não cristalizada do seu objeto de estudo; e b) os documentos psicológicos devem se basear exclusivamente em instrumentais que se configurem como métodos e técnicas psicológicas e que tenham condições mínimas de qualidade e de uso, devendo ser adequados ao que se propõem a investigar. Aqui, é preciso distinguir o instrumental que se encontra reconhecido e validado pelo CFP[1] e que, portanto, pode ser utilizado pelo psicólogo em suas avaliações, daquele instrumental que, além de ter esse reconhecimento, é válido para investigar a demanda específica que se apresenta para avaliação. Nesta última circunstância, a validade precisa ser dada pelo profissional responsável pela avaliação ao definir o instrumental mais pertinente para a investigação do caso.

Ao conduzir um processo de avaliação psicológica, o profissional deve sempre considerar o meio em que o avaliando está inserido, sua história de vida e suas condições sociais, econômicas e políticas, integrando essas informações àquelas obtidas por meio das técnicas aplicadas. A interpretação isolada de um teste psicológico sem considerar todo o contexto envolvido, ou seja, sem apresentar um entendimento do resultado obtido a partir da análise do caso, prejudica a validade da avaliação. Tavares (2012) discute essa complexidade da avaliação psicológica como um processo que resulta de uma demanda, da compreensão que o avaliador tem sobre tal demanda e dos objetivos que traça para desenvolver o processo. Ademais, o autor aponta que não se pode desconsiderar a influência do contexto de vida do indivíduo e da qualidade da relação entre avaliador e avaliando.

Uma última informação presente nos princípios norteadores na elaboração de documentos que, às vezes, passa despercebida pelos profissionais é a exigência de rubricar todas as laudas do documento psicológico (exceto a última, em

[1] Disponível em: satepsi.cfp.org.br.

que constará a assinatura do profissional com o seu respectivo CRP). Essa recomendação aplica-se a todas as modalidades de documentos com mais de uma página. A rubrica é essencial para dar validade ao documento, evitando, assim, que as informações possam ser adulteradas. A numeração das páginas e a impressão frente e verso também auxiliam no processo de autenticidade, embora não sejam uma obrigatoriedade.

Modalidades de documentos: conceito, finalidade e estrutura

A Resolução nº 7/2003 (CFP, 2003) define quatro modalidades de documentos psicológicos: a) declaração; b) atestado psicológico; c) relatório ou laudo psicológico; e d) parecer psicológico. A respeito dessas quatro modalidades, a Resolução (CFP, 2003, p. 5) explica que "... a Declaração e o Parecer psicológico não são documentos decorrentes da avaliação psicológica, embora muitas vezes apareçam desta forma", justificando sua presença no Manual para fins de esclarecimento e diferenciação. Concordamos com essa necessidade de esclarecimento, principalmente em relação ao parecer, que, em nossa realidade, tem se apresentado com usos controversos e muitas vezes confundidos com o laudo. As divergências podem ter sua origem no conceito amplo e genérico do termo, definido como a "opinião de um especialista em resposta a uma consulta" (Houaiss & Villar, 2001), quando não fica especificado como documento próprio ou como parte finalizadora de um documento maior, em que se faria a síntese do posicionamento do relator. O parecer e os demais documentos técnicos serão agora apresentados considerando as orientações da Resolução quanto ao seu conceito, à sua finalidade e à sua estrutura, mas acrescidos de uma visão crítica do campo atual do conhecimento científico.

Declaração

A Declaração é descrita como um documento cujo objetivo é informar a ocorrência de fatos ou situações objetivas relacionadas ao atendimento realizado pelo psicólogo. Esse tipo de documento tem o propósito de declarar, por exemplo: a) comparecimentos do atendido e/ou do seu acompanhante; b) acompanhamento psicológico do atendido; e c) informações sobre as condições do atendimento (tempo de acompanhamento, dias ou horários). Ainda, esse tipo de documento não traz qualquer informação sobre a psique daquele que está sob os cuidados do psicólogo; portanto, há a indicação taxativa de que não sejam registrados sintomas, situações ou estados psicológicos.

A declaração seria, por exemplo, o tipo de documento fornecido ao avaliando ou ao seu acompanhante que necessite de um comprovante para justificar seu afastamento do local de trabalho. Outro motivo seria a solicitação, por parte do paciente, de uma comprovação do tempo em que ele se encontra em psicoterapia. Assim, como se pode observar, a declaração pode manter vinculação com a atividade de avaliação psicológica, mas sem a função de informar os achados dela decorrentes.

Sua estrutura é relativamente simples, visto que se trata de um documento objetivo. A ela aplica-se uma orientação comum às quatro modalidades de documentos: que seja emitida em papel timbrado ou que apresente na subscrição um carimbo, com nome, sobrenome e número da inscrição do CRP do psicólogo. Em relação ao seu conteúdo, deve expor o registro do nome e sobrenome do solicitante, sua finalidade (para fins de que tipo de comprovação) e o registro das informações solicitadas em relação ao atendimento. Ao final, deve-se informar o local e a data de expedição, com a assinatura do psicólogo acima de sua identificação ou do carimbo.

Atestado

O atestado psicológico é um documento que certifica determinada situação ou estado psicológico. É bastante semelhante à declaração em termos de finalidade e estrutura, sendo seu diferencial o registro de situações psicológicas – que não deve ser feito na declaração. O atestado visa: a) justificar faltas e/ou impedimentos; b) justificar aptidão ou não para atividades específicas; c) solicitar afastamento e/ou dispensa.

Os atestados são considerados documentos mais elementares e mais simples em sua estrutura de apresentação, geralmente trazem as informações transcritas de forma corrida, separadas apenas por pontuação, sem parágrafos, com o objetivo de evitar adulterações. Caso seja necessária a utilização de parágrafos, os espaços devem ser preenchidos com traços. As informações apresentadas devem se restringir à solicitação do requerente, contendo expressamente o fato constatado. O documento deve cumprir com as formalidades já descritas em relação à identificação do psicólogo emitente do documento, e também conter: registro do nome e sobrenome do cliente; finalidade do documento; registro da informação

do sintoma, situação ou condições psicológicas que justifiquem o atendimento, o afastamento ou a falta; registro do local e data da expedição do atestado; assinatura do psicólogo acima de sua identificação.

Em relação ao registro dos sintomas, da situação ou da condição psicológica, é facultado ao psicólogo a indicação do código da *Classificação internacional de doenças* (CID), ou seja, fica a critério do profissional a necessidade ou não de discriminar o código da patologia do paciente ao se ter um diagnóstico. Considerando os atuais questionamentos sobre a validade de atestados emitidos por psicólogos para a solicitação de afastamento do trabalho com fins de tratamento de saúde, vale ressaltar as orientações da Resolução nº 15/96 do CFP (1996), que institui e regulamenta a Concessão de Atestado Psicológico para tratamento de saúde por problemas psicológicos. Se o documento tiver por finalidade o afastamento para tratamento de saúde, fica o profissional obrigado a manter em seus arquivos documentação técnica que fundamente o atestado por ele concedido e a registrar as situações decorrentes da emissão do atestado, de forma a ter como comprovar o que foi firmado em seu documento. O atestado emitido pelo psicólogo deverá ser fornecido ao paciente, que, por sua vez, se incumbirá de apresentá-lo a quem deve recebê-lo para efeito de justificativa. Tendo em vista que muitas empresas aceitam apenas atestados médicos, é interessante que os psicólogos mencionem a referida Resolução, a fim de fundamentar a oficialidade do documento. Há decisões de juristas que reconhecem a legitimidade e a validade do atestado psicológico, fazendo referência inclusive à Resolução nº 15/96 do CFP (1996).

As mesmas orientações dadas aos casos de atestados para tratamento de saúde devem ser seguidas em documentos emitidos com a finalidade de comprovação de aptidão ou não para atividades específicas, por exemplo, relacionadas a capacidades para atividades profissionais. Espera-se que os psicólogos emitam posicionamentos fundamentados em processos de avaliação psicológica realizados dentro do rigor técnico e ético considerado adequado para esse tipo de atividade. Um relatório com a descrição dos procedimentos e técnicas utilizadas, bem como com os achados deles decorrentes, deve ser guardado nos arquivos profissionais do psicólogo, de modo a ser consultado sempre que for necessário para fins de comprovação.

Relatório ou Laudo Psicológico

Inicialmente, cabe um comentário crítico à Resolução nº 07/2003 (CFP, 2003) em relação ao uso indiscriminado dos termos relatório e laudo, que já haviam sido descritos de forma independente na versão anterior do Manual (CFP, 2002). A busca pelos termos no *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (Houaiss & Villar, 2001) mostra que existem diferenças conceituais. Enquanto relatório é definido com ênfase na narrativa, na exposição de fatos em um determinado documento, o laudo apresenta em sua essência, além da descrição dos dados, a presença de um posicionamento técnico de quem o realiza, por meio do diagnóstico e do prognóstico do caso. Considerando que ambos os documentos apresentam o mesmo tipo de estrutura, sugerimos que o próprio psicólogo faça essa distinção em seu uso, reservando o termo relatório para documentos que tenham por finalidade a descrição de fenômenos psicológicos, ficando o laudo para avaliações que caracterizem *stricto sensu* o processo do psicodiagnóstico (como caracterizado no Cap. 1). Considerando a ênfase deste livro, usaremos o termo laudo de forma exclusiva.

Entre os documentos escritos por psicólogos, o laudo é o mais complexo, frequentemente suscitando dúvidas nos profissionais no momento de sua redação. Do ponto de vista conceitual, é um documento técnico, de natureza descritiva e demonstrativa, que expõe dados e argumenta sobre o que foi examinado, tendo como função esclarecer questões e produzir conhecimento técnico especializado (Cruz, 2005). Em função de suas conclusões poderem contribuir ou não de maneira eficaz para o planejamento de intervenções, sua produção tem sido considerada uma das expressões de competência do psicólogo (Guzzo & Pasquali, 2001).

O laudo geralmente responde a questões do tipo "o que", "quanto", "como", "por que", "para que" e "quando", e, por isso, costuma ser mais extenso, abrangente e minucioso (Cunha, 2000). Por sua natureza explicativa, deve trazer uma descrição sumária do caso, iniciando com a explanação da demanda, das questões referenciais psicológicas que se pretende responder, dos procedimentos e instrumentos utilizados na investigação, para, então, chegar à integração dos achados e às suas conclusões. Há consenso entre os autores de que quanto mais pontuais forem as conclusões em relação à demanda da avaliação, maior a possibilidade de que o laudo venha a con-

tribuir de forma efetiva na solução de problemas (Groth-Manat, 2003; Tavares, 2012).

Seguindo a mesma concepção, a Resolução nº 07/2003 do CFP (2003) caracteriza o laudo psicológico como "uma apresentação descritiva acerca de situações e/ou condições psicológicas e suas determinações históricas, sociais, políticas e culturais, pesquisadas no processo de avaliação psicológica", cujos resultados devem ser apresentados à luz de um instrumental técnico, consubstanciado em referencial técnico-filosófico e científico adotado pelo psicólogo. A sua finalidade será "apresentar os procedimentos e conclusões gerados pelo processo de avaliação psicológica", considerando-se o cuidado para "fornecer somente as informações necessárias relacionadas à demanda, solicitação ou petição". Nele devem constar os procedimentos utilizados pelo profissional, as conclusões geradas e os possíveis encaminhamentos, além do diagnóstico e do prognóstico.

Deve-se salientar que a estrutura básica proposta é genérica, dirigida a todas as áreas da avaliação psicológica, e, portanto, carece das especificidades dos diferentes contextos avaliativos. Assim, entende-se que a proposta apresentada pelo CFP de o laudo apresentar no mínimo cinco elementos: 1) identificação; 2) descrição da demanda; 3) procedimento; 4) análise; e 5) conclusão, deve ser respeitada, mas pode ser ampliada em função de certas exigências contingenciais. A seguir, cada um desses itens será discutido e serão apresentadas sugestões de acréscimos à estrutura proposta, a fim de tornar a comunicação escrita mais efetiva aos contextos em que se insere.

Identificação – A orientação do Manual é que na primeira parte do relatório seja feita a identificação de três tópicos: quem é o autor ou relator (psicólogo); quem é o solicitante (o próprio paciente, um médico ou outro psicólogo, uma empresa, um juiz, uma escola, etc.); e qual o assunto ou a finalidade do laudo. Esses itens de identificação são considerados imprescindíveis; entretanto, há falta de orientação quanto à identificação daquele(s) que será(ão) avaliado(s), devendo-se informar dados importantes como nome, data de nascimento, idade, escolaridade e profissão. Da mesma forma, se o avaliado em questão é uma criança ou um adolescente, é relevante identificar os dados de seus genitores e/ou responsáveis.

Em caso de laudo na área forense, é importante lembrar que nele também devem constar dados de identificação processual (como o número do processo, a vara judicial e a comarca), além de ter ampliada a qualificação daquele que realiza a avaliação (perito), com um parágrafo reunindo as principais informações sobre sua *expertise*. Nesses casos, sugere-se que no subitem "assunto/finalidade" seja colocado o tipo de ação judicial proposta, como, por exemplo, ação de guarda, ação de curatela, etc.

Descrição da demanda – Essa seção é destinada a descrever as informações referentes à queixa apresentada e aos motivos e expectativas que levaram à solicitação do documento. Nessa parte do laudo, deve-se contextualizar o porquê da demanda pela avaliação psicológica, de modo a proporcionar um encadeamento lógico das seções seguintes relacionadas aos procedimentos, resultados (análise) e conclusões (resposta à demanda). Cabe observar que essa seção do laudo pode vir sob outras nomenclaturas, como, por exemplo, "motivo da consulta", "queixa apresentada", "objetivo da avaliação". Não há problema em utilizar expressões sinônimas, desde que o conteúdo não deixe de ser apresentado, ou seja, quais as necessidades do solicitante que geraram o pedido da avaliação.

Procedimentos – São apresentados os instrumentos técnicos utilizados para coletar as informações, incluindo o número de encontros realizados e as pessoas que foram ouvidas. Aqui, novamente, cabe uma sugestão: acrescente a indicação do período em que a avaliação foi realizada à descrição dos procedimentos adotados. Alguns profissionais preferem identificar as datas de início e de término da coleta de dados, ao passo que outros preferem identificar as datas em que cada procedimento foi realizado. Independentemente da opção que o profissional adotar, o importante é que conste no documento o período em que a avaliação foi realizada, pois nem sempre a data no final do laudo corresponde ao período em que as informações foram obtidas, podendo haver um lapso de tempo significativo entre as entrevistas e a entrega do documento. Além do período, sugere-se que o local da avaliação seja identificado. Guzzo e Pasquali (2001) aconselham a descrição das variáveis ambientais, apontando condições de iluminação e ventilação do local. Entendemos que essas características podem ser mencionadas se houver algum fato que justifique, ou seja, se, de alguma forma, condições especiais interferiram na condução da avaliação psicológica. Essa questão pode ser importante em avaliações realizadas

com grandes grupos, como psicotécnicos para concursos, ou naquelas em que as condições de trabalho se apresentem quase que insalubres, como em instituições totais do tipo presídio.

Em contextos específicos, como o da avaliação forense, a identificação das fontes de informação adquire especial relevância. Packer e Grisso (2011) salientam que, além de discriminar as fontes consultadas, devem ser referidas as fontes que não foram obtidas, como quando se buscou entrevistar um sujeito e este se negou a comparecer ou estava impossibilitado por força maior.

Análise – Essa seção é apresentada como uma "exposição descritiva de forma metódica, objetiva e fiel dos dados colhidos e das situações vividas relacionados à demanda em sua complexidade". A Resolução faz referência, ainda, ao respeito à fundamentação teórica que sustenta o instrumental técnico utilizado, aos princípios éticos e às questões relativas ao sigilo das informações, bem como ao fato de o documento considerar a natureza dinâmica, não definitiva e não cristalizada de seu objeto de estudo.

Em nosso entendimento, essa seção do laudo é a que mais pode sofrer modificações, pois deixa de contemplar uma das exigências mais importantes para a qualificação desse tipo de documento: a apresentação discriminada dos dados brutos e as inferências sobre eles (Groth-Marnat, 2003; Karson & Nadkarni, 2013). Assim, sugerimos que seja subdividida em duas grandes áreas: uma inicial, com a apresentação dos dados coletados, para em seguida criar uma nova área, que seria a da discussão dos dados, em que esses seriam relacionados ao referencial teórico, fundamentando as inferências do caso conforme a demanda. As características de cada uma dessas áreas são apresentadas a seguir.

Seguindo com a nossa proposta, sugerimos que se inicie a análise com a apresentação dos dados coletados. A quantidade de informação que deve ser relatada em cada documento pode definir se os subitens a seguir propostos devam se constituir em seções do laudo ou apenas apresentados em parágrafos independentes. O importante é que os dados sejam organizados para facilitar não apenas a redação como também a leitura do documento. Uma primeira subárea de apresentação de dados poderia ser o que Guzzo e Pasquali (2001) chamam de "impressão geral obtida durante o *rapport*", ou "comportamento do examinando", que abarcariam informações verbais e não verbais, níveis de concentração e de participação do examinando, níveis de ansiedade, e relacionamento estabelecido entre avaliado e avaliador. A subárea descritiva seguinte seria constituída pelos dados colhidos com cada sujeito avaliado quanto à sua história de vida e à sua própria perspectiva das demandas da avaliação. Esses dados podem vir discriminados em "história pregressa", "histórico familiar" ou "histórico clínico", por exemplo. Nessa descrição, o psicólogo deve manter a fidedignidade do que é trazido pelo avaliando, não havendo responsabilidade do avaliador pela veracidade das informações. A preocupação com o detalhamento do que foi relatado e com a quantidade de dados a serem informados no laudo dependerá do seu objetivo. Em um laudo clínico ou organizacional, esses dados podem ser bastante reduzidos, pois terão apenas a função de descrever e caracterizar questões situacionais relacionadas à demanda da avaliação. No contexto forense, os dados informados por cada fonte podem ter grande relevância, podendo constituir fundamentos decisivos para a construção de hipóteses diagnósticas relacionadas ao problema em questão. Assim, esses dados devem ser acrescidos ao laudo sempre que manifestarem pertinência à demanda legal e forem decisivos para justificar as conclusões finais do avaliador (perito).

Por fim, como última subárea de apresentação de dados, devem ser descritos aqueles colhidos por meio de instrumentos psicológicos. Aqui, deve ser privilegiada a apresentação dos indicadores de cada um dos testes, apresentados de forma separada. Se esses testes apresentarem resultados normativos padronizados, por exemplo, em termos de percentuais, devem ser associados aos resultados brutos e à classificação final. É importante que seja explicitada a tabela utilizada, com o tipo de grupo que serviu para normatizá-la. No caso de instrumentos projetivos, deve-se ter o cuidado de não expor o teste quanto à forma como os indicadores foram levantados, mas sim apresentá-los da maneira mais descritiva possível. Salienta-se o cuidado para não torná-los simples cópia de características descritas do Manual. Autores como Tavares (2012) e Groth-Marnat (2003) salientam a preocupação em expressar, nesse momento, uma integração lógica, que permita compreender os achados como representativos de um sujeito, buscando sempre a visão idiossincrática. Groth-Marnat e Davis (2014) acrescentam, ainda, que os resultados dos testes devem ser apresentados de forma vinculada à visão de

mundo e ao contexto em que o sujeito avaliado está inserido, privilegiando uma apresentação de dados orientada à pessoa em detrimento a uma apresentação orientada ao teste. A decisão final do psicólogo quanto aos dados de testes que deveriam ser descritos surgiria do balanço das várias questões éticas envolvidas, dos direitos e do prejuízo potencial ao avaliado, da segurança que se tem nos dados levantados e dos direitos autorais dos testes.

Dando sequência à seção da análise, chegamos à segunda parte proposta pelas autoras, que, à semelhança da estrutura de artigos científicos, permite expor a discussão dos dados coletados, construindo hipóteses diagnósticas a partir do cruzamento das informações e das observações do avaliador. A amplitude dessa discussão dependerá dos propósitos do laudo, podendo também ser chamada de "impressões e interpretações". As áreas que deverão ser discutidas e o estilo da apresentação podem variar de acordo com a orientação pessoal e profissional do psicólogo, a proposta da testagem, as características do avaliado e os tipos de testes aplicados. O importante é lembrar que essa discussão deverá ter como base a integração dos dados apresentados anteriormente, sem perder a visão idiossincrática ante o foco da avaliação (Groth-Manat, 2003).

Enquanto o laudo no contexto clínico deve discutir os dados coletados em áreas de domínio funcional, como cognição, personalidade, relações interpessoais e estilos de *coping*, o laudo produzido em outros contextos deve adaptar a apresentação de seus achados às necessidades do demandante. No contexto escolar, há a necessidade de especificação das incapacidades de forma clara e fundamentada em relação às exigências escolares (Groth-Marnat & Davis, 2014). No contexto forense, essa parte do laudo adquire especial relevância, pois, além das discussões sobre as questões psicológicas que estão sendo investigadas (diagnósticos clínicos, dinâmicos, etc.), devem ser construídas as implicações para a matéria legal, sempre dentro dos limites da ciência. A apresentação dessas inferências deve estar baseada de forma clara na fonte de dados, especialmente na existência de dados conflitivos ou contraditórios, justificando-se explicações alternativas ou diferentes valorizações das fontes de informação (Packer & Grisso, 2011).

Conclusão – É a seção do documento que apresenta o resultado da investigação, podendo incluir indicações e encaminhamentos. Não é recomendado que a conclusão seja extensa, pois é no item "análise" que os dados são discutidos e o entendimento do caso é apresentado. Na conclusão, tem-se o fechamento do caso, dando uma resposta ao motivo do encaminhamento para a avaliação, apresentado no item "descrição da demanda". Em alguns casos, o avaliador pode preferir acrescentar um item específico, após a conclusão, para discriminar indicações ou recomendações. Contudo, nada impede que esses encaminhamentos sejam feitos no item "conclusão". De acordo com Groth-Marnat e Davis (2014), as recomendações podem ter ênfase em determinados contextos, como, por exemplo, em avaliações realizadas para a área escolar, em que as recomendações podem ser discriminadas quanto aos agentes envolvidos, como pais, professores e técnicos, ou quanto a áreas de treinamento específico. O profissional pode ainda decidir se quer qualificar seus termos, como, por exemplo, utilizar a expressão "indicações terapêuticas" quando em um contexto clínico.

Considerando as modificações e inclusões sugeridas, apresenta-se, na Tabela 14.1, uma proposta de estrutura de laudo mais detalhada que a descrita na Resolução nº 07/2003. São sugestões que visam ampliar a estrutura mínima exigida pelo CFP, considerando sempre um olhar de flexibilidade sobre a organização dos dados, decorrente do contexto e das características de quem é avaliado.

Parecer

De acordo com a Resolução nº 07/2003 (CFP, 2003), o parecer é definido como ". . . um documento fundamentado e resumido sobre uma questão focal do campo psicológico cujo resultado pode ser indicativo ou conclusivo". O parecer objetiva esclarecer uma questão-problema no campo do conhecimento psicológico. É uma resposta a uma consulta, feita a especialistas que têm competência no assunto.

Esse tipo de documento diferencia-se do laudo por não exigir a apresentação dos dados do processo avaliativo, constando, no entanto, as seções de discussão e conclusão. Sua estrutura privilegia questões de ordem técnica em detrimento da apresentação do caso e pode levar a discussões de grande relevância para o campo da ciência (França, 1985). Podemos citar como exemplo o documento resultante de uma consulta feita por uma escola a um psicólogo a fim de saber qual seria a melhor idade para iniciar o processo de alfabe-

TABELA 14.1
Proposta de estrutura de laudo psicológico

Itens propostos pelo CFP para a estrutura de um relatório/laudo	Informações a serem acrescentadas na nova proposta
Identificação - Autor/relator - Solicitante - Finalidade	Dados de identificação do avaliado - Nome completo - Sexo - Data de nascimento - Idade - Escolaridade - Profissão Dados dos responsáveis (no caso de crianças e adolescentes)
Descrição da demanda	
Análise	Subdividir em duas grandes áreas: 1. Apresentação dos dados - Impressão geral obtida - História pregressa - Resultados dos instrumentos de avaliação psicológica 2. Discussão dos dados
Conclusão	
	Indicações ou recomendações

zação. Nesse caso, ainda que a demanda envolva as crianças da escola, não se está discutindo a respeito de um único sujeito, mas sim sobre o atual estado da ciência em relação ao tema que gerou a consulta. Portanto, o parecer terá por base uma discussão teórica sustentada no desenvolvimento de pesquisas sobre o tema.

A estrutura do parecer é bastante semelhante à do laudo, diferenciando-se por não ter a exigência de apresentar a descrição dos procedimentos e dos resultados brutos que fundamentam a avaliação. Conforme a Resolução nº 07/2003 (CFP, 2003), as seções que compõem o parecer são: 1) identificação; 2) exposição de motivos; 3) análise; e 4) conclusão. Na identificação devem ser apontados aqueles que solicitaram a consulta e o nome de quem emitiu o parecer, sempre os qualificando quanto à titulação. A "exposição de motivos" tem como função descrever os objetivos da consulta e dos quesitos levantados pelo solicitante, dando o foco da discussão técnica a ser apresentada no item seguinte, intitulado "análise". Aqui encontramos o "corpo" do parecer, em que se apresenta uma análise minuciosa da questão explanada, com base nos fundamentos da ética e da técnica e no corpo conceitual da ciência psicológica. Tratando-se de uma discussão conceitual e técnica, fica recomendado o uso de citações e referências bibliográficas, citadas sempre de acordo com as normas utilizadas em trabalhos científicos. Por fim, o parecerista deve concluir o seu trabalho apresentando um posicionamento ante a questão que lhe foi formulada. Deve-se informar o local e a data em que foi feito o parecer, e assinar o documento, informando o CRP.

Na descrição do parecer, a Resolução nº 07/2003 (CFP, 2003) menciona a possibilidade da existência de quesitos, isto é, perguntas encaminhadas pelo solicitante da avaliação. Orienta que, "... havendo quesitos, o psicólogo deverá respondê-los de forma sintética e convincente, não deixando nenhum quesito sem resposta" (CFP, 2003, p. 10). Diante da falta de elementos suficientes para emitir uma resposta mais categórica, orienta-se a utilização da expressão "sem elementos de convicção". Se o quesito estiver mal formulado, pode-se afirmar "prejudicado", "sem elementos" ou "aguarda evolução". Entretanto, não se deve deixar quesito algum sem resposta. Cabe a ressalva de que os quesitos referidos pela resolu-

ção do CFP não se referem àqueles previstos na dinâmica processual do contexto forense, quando formulados pelo assistente técnico e respondidos pelo perito em seu laudo. A descrição dessa dinâmica extrapola o foco desta obra, e, portanto, não pode ser tratada na devida profundidade. Fica o alerta para que profissionais que realizam trabalhos na área forense busquem as referências específicas necessárias para subsidiar o seu trabalho e a elaboração de seus documentos.

Validade e guarda dos documentos

A Resolução nº 07/2003 (CFP, 2003) dispõe que o prazo de validade do conteúdo dos documentos psicológicos deverá considerar a legislação vigente nos casos já definidos. Não havendo uma definição legal, o psicólogo poderá indicar o prazo de validade do conteúdo no documento. É importante que ele disponha dos fundamentos para tal indicação, apresentando-os quando solicitado. A legislação que trata sobre a validade de documentos geralmente está associada a avaliações referentes à aptidão ao trabalho realizadas a pedido de instituições públicas. Uma área que possui normativa legal quanto à validade da avaliação psicológica é a que trata da aptidão psicológica para o manuseio de armas de fogo e para o exercício da profissão de vigilante. Conforme a Instrução Normativa nº 78, de 10 de fevereiro de 2014 (Brasil, 2014), da Polícia Federal, a comprovação da aptidão psicológica exigida deverá ser realizada em período não superior a um ano do respectivo requerimento, quando perderá sua validade. Na área do trânsito, temos validades diferentes, que levam em consideração o resultado da avaliação e o tipo de condutor. Quando se tratar de um condutor profissional que não tenha se envolvido em acidentes de trânsito, podemos dizer que sua avaliação psicológica tem validade por cinco anos, pois lhe será exigida nova avaliação a cada renovação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Em caso de um resultado de inaptidão, este poderá ser temporário ou definitivo, sendo o temporário determinado pelo profissional ou pela junta que o avaliou (Brasil, 2008). Assim, a validade da avaliação psicológica será dada por normativas legais, relacionadas às instituições que as solicitam, podendo variar em função do foco proposto, dos sujeitos avaliados e das repercussões dos seus achados. Quando não existirem essas normativas, cabe ao psicólogo definir seu tempo de validade, como acontece nas avaliações realizadas na área clínica. Nesses casos, a necessidade de reavaliação fica vinculada às necessidades do cliente quanto à reavaliação do tratamento realizado, à verificação de efeitos do uso de uma nova medicação ou ainda à ocorrência de novos eventos que podem ter efeito traumático, modificando as características de quem foi avaliado.

Em relação à guarda, a orientação é a de que os documentos e todo o material que os fundamentou (p. ex., registros dos atendimentos, folhas de resposta dos testes) sejam mantidos pelo prazo mínimo de cinco anos. O cumprimento dessa orientação deve ser seguido tanto pelo psicólogo quanto pela instituição em que ocorreu a avaliação psicológica. Pode haver ampliação do prazo, nos casos previstos em lei, por determinação judicial, ou em casos específicos em que seja necessária a manutenção da guarda por maior tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo teve como objetivo revisar os documentos decorrentes de avaliação psicológica a partir das orientações do Manual de Elaboração de Documentos Escritos (CFP, 2003). As críticas e os comentários realizados tiveram por objetivo facilitar a compreensão dos psicólogos quanto à aplicação prática das orientações realizadas pelo CFP, facilitando a flexibilização dessas normativas em situações que assim o requeiram. Todo trabalho deve ser sempre o reflexo de um caso particular, em que a forma não pode ser mais importante que o conteúdo (Bircz Minian, 2001).

Por fim, cabe lembrar que os maiores problemas relacionados à produção de documentos não podem ser justificados apenas pelo desconhecimento dos psicólogos quanto à forma que tais documentos deveriam apresentar. São o reflexo de falhas éticas e técnicas que se iniciam e se desenvolvem durante todo o processo de avaliação psicológica (Shine, 2009). O aprimoramento da qualidade desses documentos se dará conforme o psicólogo adquirir experiência. A constante prática da escrita, aliada à busca por formação continuada por meio de cursos de extensão, participação em congressos e supervisão, torna mais simples a tarefa de elaboração de documentos.

REFERÊNCIAS

Bircz Minian, L. N. (2001). El informe psicológico forense: Una mirada crítica. *Anais IV Congreso de la Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica*. Madrid.

Brandimiller, P. A. (1996). *Perícia judicial em acidentes e doenças do trabalho*. São Paulo: SENAC.

Brasil. (2008). *Resolução nº 267 de 15 de fevereiro de 2008.* Dispõe sobre o exame de aptidão física e mental, a avaliação psicológica e o credenciamento das entidades públicas e privadas de que tratam o art.147, I§§1º a 4º e o art. 148 do Código de Trânsito Brasileiro. Recuperado de http://www.denatran.gov.br/download/resolucoes/resolucao_contran_267.pdf

Brasil. (2014). *Instrução normativa nº 78, de 10 de fevereiro de 2014.* Recuperado de https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=9cFLVYLMJIWk8wefn4GYAQ&gws_rd=ssl#q=Instru%C3%A7%C3%A3o+Normativa+da+Pol%C3%ADcia+Federal+n%C2%BA+78%2C+de+10+de+fevereiro+de+2014%2C

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (1996). Resolução CFP nº 15/1996. Institui e regulamenta a concessão de atestado psicológico para tratamento de saúde por problemas psicológicos. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1996/12/resolucao1996_15.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2001). *Resolução CFP nº 30/2001.* Institui o manual de elaboração de documentos, produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliações psicológicas. Recuperado de http://www.crprs.org.br/upload/legislacao/legislacao48.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2002). *Resolução CFP nº 17/2002.* Recuperado de http://www.crp11.org.br/legislacao/resolucoes/federais/2002/resolucao2002_17.PDF

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2003). *Resolução CFP nº 007/2003.* Institui o manual de elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP nº 17/2002. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2005). *Resolução CFP nº 010/2005.* Aprova o código de ética profissional do psicólogo. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf

Cruz, R. M. (2005). Perícia em psicologia e laudo. In R. M. Cruz, J. C. Alchieri, & J. J. Sardá Jr (Orgs.), *Avaliação e medidas psicológicas.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cunha, J. A. (2000). Passos do processo psicodiagnóstico. In J. A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

França, G. V. (1985). *Medicina legal* (2. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment* (4th ed.). New Jersey: Wiley & Sons.

Groth-Marnat, G., & Davis, A. (2014). *Psychological report writing assistant.* New Jersey: Wiley.

Guzzo, R. S. L., & Pasquali, L. (2001). Laudo psicológico: A expressão da competência profissional. In L. Pasquali (Org.), *Técnicas de exame psicológico – TEP: Manual.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Houaiss, A., & Villar, M. S. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa.* Rio de Janeiro: Objetiva.

Hutz, C. S. (Org.). (2009). *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica: Em homenagem a Jurema Alcides Cunha.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Karson, M., & Nadkarni, L. (2013). *Principles of forensic report writing.* Washinton: APA.

Lago, V. M. (No prelo). Documentos decorrentes da avaliação psicológica. In: M. R. C. Lins, & J. C. Borsa (Eds.), *Avaliação Psicológica: Aspectos teóricos e práticos.* São Paulo: Vetor.

Lago, V. M., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (No prelo). Elaboração de documentos psicológicos: considerações críticas à Resolução CFP nº07/2003. *Temas em Psicologia.*

Lichtenberger, E. O., Mather, N., Kaufman, N. L., Kaufman, A. S. (2004). *Essencials of assessment report writing.* New Jersey: Wiley & Sons.

Packer, I. K., & Grisso, T. (2011). *Specialty competencies in forensic psychology.* New York: Oxford.

Satepsi.cfp.org.br. (2015). Recuperado de http://satepsi.cfp.org.br/

Shine, S. (2009). Andando no fio da navalha: Riscos e armadilhas na confecção de laudos psicológicos para a justiça (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo).

Tavares, M. (2012). Considerações preliminares à condução de uma avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica, 11*(3), 321-334.

LEITURAS RECOMENDADAS

Ackerman, M. J. (1999). *Essentials of Forensic psychological assessment.* Toronto: Wiley & Sons.

Brasil. (1973). *Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973.* Institui o Código de Processo Civil. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5869.htm

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2012). *Resolução CFP nº 17/2012.* Dispõe sobre a atuação do psicólogo como perito nos diversos contextos. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-017-122.pdf

Rovinski, S. L. R. (2013). *Fundamentos da perícia psicológica forense* (3. ed.). São Paulo: Vetor.

15

PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO

Vanessa Stumpf Heck
Valeria Barbieri

A área da avaliação psicológica abrange uma das competências mais relevantes do psicólogo. Ela envolve a aplicação de conhecimento teórico no entendimento do funcionamento psicológico de pessoas ou grupos em relação a uma demanda específica de compreensão do comportamento (Primi, Muniz, & Nunes, 2009). Para Hutz (2009), o termo "avaliação psicológica" é usado para descrever um conjunto de procedimentos que tem por objetivo coletar dados para testar hipóteses clínicas, produzir diagnósticos e descrever o funcionamento de indivíduos ou grupos em situações específicas. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia ([CFP], 2007, p. 8):

> . . . a avaliação psicológica é um processo técnico e científico realizado com pessoas ou grupos de pessoas que, de acordo com cada área do conhecimento, requer metodologias específicas. Ela é dinâmica, e se constitui em fonte de informações de caráter explicativo sobre os fenômenos psicológicos, com a finalidade de subsidiar os trabalhos nos diferentes campos de atuação do psicólogo, dentre eles, saúde, educação, trabalho e outros setores em que ela se fizer necessária.

Nesse sentido, existem diferentes tipos de avaliação psicológica, que podem ser classificados conforme o contexto em que ocorrem, por exemplo, nas empresas, nos hospitais, no esporte, no âmbito jurídico, nos DETRANs, nas orientações vocacionais, na clínica, entre outros (CFP, 2007; Urbina, 2007). Segundo Cunha (2000, p. 9), a avaliação psicológica que tem finalidade clínica chama-se psicodiagnóstico. Para ela, ". . . o psicodiagnóstico é uma tarefa do psicólogo clínico e a única que lhe é privativa" nos casos em que são aplicados testes psicológicos".

Em seus primórdios, o psicodiagnóstico, derivado da psicologia clínica, sofreu forte influência do modelo médico que, em psicopatologia, objetivava estudar os sintomas e as síndromes psiquiátricas no intuito de confirmar hipóteses diagnósticas. Dessa maneira, o psicodiagnóstico orientava-se por um modelo sobretudo psicométrico e behaviorista. No entanto, com a contribuição crescente da teoria psicanalítica nesse processo, passou-se a valorizar o papel da subjetividade do examinando (Ancona-Lopez, 1984) e o uso de observações e técnicas projetivas para estudar a personalidade, além de se enfatizar cada vez mais a relação psicólogo-paciente em seus aspectos transferenciais e contratransferenciais. Assim, além do aspecto manifesto dos sintomas, foi possível atentar para os seus significados latentes (Arzeno, 1995; Ocampo, Arzeno, & Piccolo, 1986).

Ocampo e colaboradores (1986) afirmam que os conceitos teóricos da psicanálise são úteis para a interpretação do material produzido pelo paciente em testes e entrevistas. Todavia, os demais aspectos da técnica e do método que fundamentam a relação terapeuta-paciente no referencial psicanalítico não são incluídos nesse tra-

balho tradicional de psicodiagnóstico, que se restringe fundamentalmente à investigação. Isso acontece porque uma importação mais extensiva da prática psicanalítica para esse processo implicaria a aceitação de certas condutas do paciente (como atrasos, silêncios e produções espontâneas), que são incompatíveis com a aplicação dos instrumentos de exame psicológico conforme estipulada em seus manuais e publicações clássicas. Nesse mesmo contexto, de acordo com Ocampo e colaboradores (1986), no *setting* avaliativo, ao contrário do terapêutico, não é bem-vindo o uso de intervenções, a não ser em situações de bloqueio do paciente, que o impeçam de seguir as instruções dos testes psicológicos. No entanto, mesmo em um processo de psicodiagnóstico tradicional, possíveis efeitos terapêuticos podem sobrevir no momento da entrevista devolutiva, mas eles são compreendidos como involuntários, uma vez que o objetivo principal dessa técnica gira em torno da transmissão da informação obtida por meio da aplicação e da interpretação das técnicas de avaliação. Mais do que isso, intervenções terapêuticas ao longo do psicodiagnóstico costumam ser consideradas perniciosas para o resultado final do trabalho (Barbieri, 2010a).

Compreendemos que é justamente por manter as diferenças de *setting* que o trabalho do psicodiagnóstico ficaria prejudicado. O psicólogo seria, então, obrigado "... a adotar uma postura de valorização daquilo que o sujeito faz em detrimento do que é, ou seja, considerá-lo como objeto parcial ... Além disso, um paciente repete atitudes e condutas exatamente porque elas não foram anteriormente compreendidas" (Barbieri, 2002, p. 72). Foram observações dessa natureza que propiciaram o nascimento do psicodiagnóstico interventivo (PI), particularmente o de orientação psicanalítica (Barbieri, 2010a), e que marcaram a diferença entre esse procedimento e o modelo clássico de avaliação da personalidade.

A despeito da influência capital da psicanálise no surgimento do PI, esse método não se prende exclusivamente ao referencial teórico psicanalítico. Assim, ele pode ser realizado segundo outras correntes de pensamento, como a existencial humanista (Ancona-Lopez, 1995; Fischer, 1979), e mesmo a partir de uma perspectiva psicométrica (Finn & Tonsager, 1997). Neste capítulo, contudo, iremos nos dedicar ao psicodiagnóstico interventivo de orientação psicanalítica (PIOP), que tem sido nosso objeto de estudo há algum tempo (Barbieri, 2002; Heck, 2014).

ORIGENS DO PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO

O PIOP é um procedimento que se fundamenta na prática da psicologia clínica. Tem por objetivo diagnosticar, entender e intervir na problemática do indivíduo, fazendo o uso integrado dos processos avaliativo e terapêutico. Desse modo, caracteriza-se fundamentalmente pela concomitância da investigação e da intervenção (Aiello-Vaisberg, 1999). Isso significa que, nesse método, as intervenções já podem ser realizadas durante as entrevistas iniciais com o paciente e nas aplicações de testes psicológicos, oferecendo devoluções durante todo o processo avaliativo e não somente ao seu final (Barbieri, 2010a). De acordo com Paulo (2005, p. 90), o PI pode ser definido como:

> ... uma forma de avaliação psicológica, subordinada ao pensamento clínico, para apreensão da dinâmica intrapsíquica, compreensão da problemática do indivíduo e intervenção nos aspectos emergentes, relevantes e/ou determinantes dos desajustamentos responsáveis por seu sofrimento psíquico e que, ao mesmo tempo, e por isso, permite uma intervenção eficaz.

Embora a proposta do PI seja relativamente recente, remontando aos anos de 1990 (Aiello-Vaisberg, 2004; Ancona-Lopez, 1995; Barbieri, 2002; Finn & Tonsager, 1997; Tardivo, 2006; Trinca, 2003), a transposição das fronteiras entre avaliação e intervenção não é em si uma novidade. Desse modo, ao longo de toda a história da psicologia clínica, já se constata o uso de testes projetivos com objetivos terapêuticos, ou seja, protótipos desse método de avaliação e intervenção.

Nesse sentido, Morgan e Murray (1935) relataram que o Teste de Apercepção Temática (TAT) poderia ser terapeuticamente útil nos casos em que o paciente não precisasse ou não pudesse levar a cabo uma análise completa.[1]

Em 1974, Bellak retomou a ideia de Morgan e Murray (1935), propondo que, após a aplicação clássica do TAT, o examinador apresentasse ao paciente uma cópia das histórias produzidas por ele e perguntasse o que pensava a respeito delas.

[1] Tradução livre das autoras a partir de: "The test is an effective means of disclosing a person's unrecognized fantasies. The test may be useful as a preanalytic procedure or as an aid in brief analytic interviews" (Morgan & Murray, 1935, p. 289).

A partir dessa experiência, Bellak verificou que a resposta do paciente costumava ser a de que suas histórias seriam simples narrações, não relacionadas a si mesmo. Ele, então, comentava com o examinando já ter ouvido várias histórias diferentes a respeito dos mesmos cartões e, por vezes, exemplificava sua afirmação, apresentando a ele certo número de temas distintos daqueles que ele havia fornecido às gravuras. A constatação de que as suas histórias eram diferentes causava forte impacto emocional no paciente, a ponto de tornar egodistônicos alguns aspectos do seu comportamento. A partir desse efeito, Bellak (1974) explorava o material com o paciente, solicitando reflexões acerca dos motivos de suas histórias se diferenciarem das produções dos demais indivíduos. A leitura das narrações permitia ao examinador observar se existia a percepção, pelo paciente, de denominadores comuns a elas (temas, sentimentos, pensamentos, características dos protagonistas, entre outros), o que propiciava o surgimento gradual do *insight*. Assim, com base em fatores comuns que iam aparecendo, o examinador solicitava associações livres e, em seguida, discutia todo o material com o paciente novamente, utilizando as análises e interpretações indicadas. Para realizar esse procedimento, Bellak recomendava que o profissional tivesse experiência clínica, uma vez que os princípios da psicoterapia aplicavam-se igualmente ao uso do instrumento (Bellak, 1974). Em seguida, Friedenthal (1976) propôs a aplicação do Teste de Relações Objetais (TRO) de Phillipson, fazendo uso de perguntas ao paciente e solicitando esclarecimentos para, logo após, realizar, junto a ele, assinalamentos e interpretações.

Assim, foram essas referências longínquas sobre o uso de intervenções no contexto da aplicação de testes projetivos que enraizaram, na maioria dos casos, as publicações científicas atuais sobre o PI, que tem uma diversidade de modelos de acordo com os diferentes referenciais teóricos adotados.

No PIOP, as entrevistas e técnicas projetivas são utilizadas, principalmente, como meios de comunicação entre o psicólogo e o paciente (Aiello-Vaisberg, 2004; Barbieri, 2002; Tardivo, 2006; Trinca, 2003). Dessa maneira, ele propõe uma mudança no modo de realizar o psicodiagnóstico clássico, que o leva a se distanciar dos modelos metodológicos positivistas e a adotar uma forma de trabalho que privilegia a relação entre os sujeitos e a compreensão do paciente (Tardivo, 2007). Nesse contexto, essa modalidade de "avaliação terapêutica" compartilha dos princípios do psicodiagnóstico compreensivo (Trinca, 1984) e das *consultas terapêuticas* de Winnicott (1971/1984).

FUNDAMENTOS DO PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA

O PIOP pode ser considerado um herdeiro do psicodiagnóstico compreensivo, que tem como finalidade obter uma compreensão ampla e integrada do indivíduo, levando em conta as dinâmicas intrapsíquicas, intrafamiliares e socioculturais de acordo com o seu nível desenvolvimental. O psicodiagnóstico compreensivo é um procedimento clínico que busca dar sentido às informações colhidas, avaliando aspectos relevantes e significativos da personalidade, em especial o foco nodal latente que conduziu a um determinado sintoma ou sofrimento. Seu objetivo é alcançado por meio do contato emocional empático com o paciente (Trinca, 1984).

Para isso, o julgamento clínico do psicólogo no psicodiagnóstico compreensivo prima sobre as interpretações padronizadas dos resultados quantitativos dos instrumentos, o que faz de cada avaliação psicológica uma situação única para o profissional e para o paciente. Ele privilegia a utilização de métodos e técnicas de exame com base na associação livre, como entrevistas, observações, testes projetivos (principalmente quando utilizados como formas de entrevista) e procedimentos clínicos de investigação pouco ou não estruturados. Tais procedimentos e métodos permitem que a expressão da personalidade ocorra de maneira mais livre, proporcionando, assim, a apreensão da natureza singular do paciente. Em concordância com esses objetivos e com pressuposições e opções técnicas e metodológicas, a avaliação desses procedimentos, baseada na experiência do psicólogo, é realizada por meio da livre inspeção do material produzido (Trinca, 1984). Essas características do psicodiagnóstico compreensivo são compartilhadas pelo PIOP, que acrescenta a elas o uso de intervenções de diversas naturezas (*holding*, perguntas, assinalamentos, interpretações, entre outras) ao longo do contato com o paciente, em acordo com a sua singularidade e condições de assimilação. É por isso que o consideramos uma espécie de continuidade ver-

tical, um descendente direto do psicodiagnóstico compreensivo.

Além dessa consanguinidade com o psicodiagnóstico compreensivo, o PIOP também seria um aparentado das *consultas terapêuticas* de Winnicott (1971/1984). Esse autor constatou o papel da dependência que o bebê apresenta dos cuidados do ambiente, que são fundamentais para a constituição do seu psiquismo. Nesse contexto, Winnicott postulou a importância de avaliar, nas consultas terapêuticas que realizava com crianças, a qualidade do ambiente em que elas viviam para poder efetuar um diagnóstico completo em psiquiatria. Com isso, a avaliação da família nos atendimentos de crianças e adolescentes tornou-se de suma importância, pois era necessário contar com "... um 'ambiente desejável médio' para encontrar e utilizar as mudanças que ocorrem no menino ou na menina durante a entrevista" (Winnicott, 1971/1984, p. 13). Essa inclusão da família no atendimento da criança permitiria, ainda, mobilizar as capacidades reparatórias dos pais e ajudá-los a recuperar a confiança em seu papel e em suas funções, surtindo efeitos terapêuticos neles próprios (Winnicott, 1956/2000). Essa participação ativa da família no tratamento dos filhos também faz parte das nossas propostas de PI dirigido à criança e ao adolescente (Barbieri, 2002; Heck, 2014), uma vez que, em nosso método de trabalho, as condições dos pais são determinantes do nível de aproveitamento que a criança usufruirá do processo. Da mesma maneira que o PI, as *consultas terapêuticas* se constituem em um método que combina avaliação e intervenção. Elas são fundamentadas na importância das primeiras sessões, em que há uma comunicação altamente significativa entre paciente e terapeuta. Essa comunicação, que ocorre em nível verbal e não verbal, caracteriza-se pelo pedido de ajuda do paciente, que anseia encontrar nesse espaço, junto com quem o atende, o objeto e a experiência de que necessita para a superação da sua dificuldade. Ela permite a emersão de aspectos essenciais da vida do paciente que estão relacionados ao motivo da consulta e dos quais ele não tinha consciência (Winnicott, 1965/1994):

> Na primeira entrevista, é muitas vezes possível, e nada perigoso, fazer uma espécie de tratamento psicanalítico em miniatura. Se a análise é iniciada posteriormente, em geral descobre-se que foram necessários vários meses para cobrir novamente o mesmo território. Nessas entrevistas, o médico não está tão seguro quanto numa análise longa, mas, por outro lado, ele alcança profundos *insights* num grande número de casos, e isto, de algum modo, equilibra a exiguidade numérica de sua experiência analítica. Aliás, em psiquiatria, uma entrevista de diagnóstico só é frutífera se for também terapêutica. (Winnicott, 1948/2000, p. 235).

Aberastury (1982) também referiu que durante o primeiro contato com a criança, na hora de jogo diagnóstica, podem ser feitas observações acerca de seus conflitos básicos e de suas principais defesas e fantasias, o que possibilita ao terapeuta ter um panorama sobre o seu funcionamento mental. Nesse contexto, as primeiras ações da criança mostrariam, ainda, suas fantasias inconscientes de enfermidade e de cura.

Esse potencial e essa riqueza das entrevistas iniciais é o que permite a obtenção de efeitos terapêuticos importantes e duradouros mesmo em contatos muito breves com o paciente, seja ele uma criança, um adolescente ou um adulto. Por conta disso, as consultas terapêuticas de Winnicott (1971/1984) raramente se estendiam por mais de três sessões. No PIOP, por sua vez, existe maior variabilidade da duração do processo, que pode ir de duas (Trinca, 2003) até 12 sessões (Paulo, 2005), dependendo das características do caso e do modelo de trabalho que o profissional adota. Cabe destacar, ainda, que, durante as sessões de PIOP, se prioriza o uso de técnicas com base na associação livre, mas isso não impede a utilização de instrumentos padronizados, como as escalas psicométricas.

Esses precedentes sobre os contatos iniciais sustentam o uso de assinalamentos e de interpretações nas primeiras sessões de PIOP, de acordo com aquilo que pudemos compreender do paciente e, principalmente, do que ele pode suportar ouvir. Embora o processo de psicodiagnóstico tradicional também autorize intervenções no intuito de diminuir a ansiedade inicial do paciente e de auxiliá-lo no estabelecimento do vínculo com o psicólogo (Paulo, 2005), o PI vai além desses propósitos, uma vez que o material fornecido pelo paciente nesses encontros iniciais já deve ser compreendido e trabalhado pelo psicólogo com uma finalidade terapêutica. Quando isso não ocorre, o paciente pode desenvolver desconfiança e indisposição para trazer novas informações, conforme observado por Winnicott (1965/1994)

em suas consultas terapêuticas. Já no momento em que são realizadas intervenções, mesmo que imperfeitas, o paciente sente que é visto por alguém, ou seja, que a sua necessidade foi reconhecida e atendida por outra pessoa que busca compreendê-lo e ajudá-lo (Barbieri, 2002).

Como nas consultas terapêuticas, o PIOP busca auxiliar o paciente na elaboração do material que se mostra presente por meio da transferência desde os primeiros contatos. Logo, a intenção tanto das *consultas terapêuticas* quanto do PIOP é a busca da integração no *self* do paciente (e na presença do profissional) das dificuldades, dos sofrimentos ou de outros aspectos dissociados da personalidade (Barbieri, 2002; Winnicott, 1962/1983, 1971/1984). Assim, em ambos os métodos, as intervenções que ocorrem ao longo de todo o processo informam e fomentam uma experiência transformadora para o paciente por meio do vínculo com o psicólogo (Barbieri, 2010a).

Para Winnicott (1971/1984), as consultas terapêuticas são um método de tratamento eficaz e econômico, que serve também para a investigação dos mecanismos primários do desenvolvimento. Isso acontece porque, durante essas consultas, o profissional favorece o processo de ilusão por meio de sua postura de confiabilidade e de previsibilidade ambiental (Dias, 1999). Essa atitude permite o estabelecimento de um espaço potencial ou terceira área de experiência entre o profissional e o paciente, na qual se dão os fenômenos transicionais. É por essa razão que se torna possível alcançar uma comunicação autêntica entre o psicólogo e o paciente.

Cabe também destacar que Winnicott (1965/1994) descrevia o jogo de rabiscos como uma espécie de técnica projetiva que empregava para facilitar a comunicação com o paciente durante a realização das consultas terapêuticas. Do mesmo modo, no PIOP, as técnicas projetivas promovem a expressão de elementos muito profundos do paciente, que permitem o acesso a conteúdos latentes de sua personalidade (Anzieu, 1988) e que, desse modo, norteiam as ações terapêuticas do profissional.

Nesse âmbito – e a despeito de a característica principal do PIOP ser a realização de intervenções ao longo dos procedimentos avaliativos –, ele também reconhece os efeitos terapêuticos que podem surgir na aplicação clássica das técnicas projetivas e que, portanto, estariam igualmente presentes na avaliação psicológica tradicional. Esses efeitos ocorrem em virtude das solicitações inconscientes que os estímulos componentes desses instrumentos fazem para o indivíduo (ou seja, expressar de maneira indireta e simbólica, como em um jogo de faz de conta, a sua experiência relativa aos conteúdos latentes que evocam), e dos mecanismos psicológicos que o obrigam a colocar em marcha. Nesse sentido, a projeção e a regressão ocupam uma posição especial.

Desse modo, quando o paciente responde a uma técnica projetiva, ele faz uso desses dois mecanismos, que promovem um funcionamento mental mais condizente com o processo primário de pensamento (Anzieu, 1988), embora sempre dentro dos limites estritos do *setting* proposto pelo profissional. Com isso, o paciente alcança estágios de desenvolvimento bastante arcaicos, em que a definição das fronteiras do *self* individual ainda não se encontra bem estabelecida; por consequência, a separação entre mundo interno e externo não é firmemente consolidada. Dessa forma, a área de sobreposição entre esses dois mundos se distende, proporcionando um espaço privilegiado para a ação dos fenômenos ilusórios e transicionais (Winnicott, 1951/2000). Em suma, as técnicas e os métodos projetivos preparam o terreno para que as experiências de ilusão e de transicionalidade germinem.

Aiello-Vaisberg (1995) sustenta uma posição semelhante ao afirmar que os procedimentos projetivos podem ser compreendidos como um diálogo lúdico, pois eles, assim como o brincar, acontecem no contexto transicional; logo, essas duas atividades teriam como base os processos ilusórios e os fenômenos transicionais (Winnicott, 1951/2000). Face a essas considerações, o psicólogo trabalharia, durante a aplicação de técnicas projetivas, nessa terceira área, que permite atualizar a realidade psíquica em uma zona intermediária da experiência (Winnicott, 1971/1975).

Nesse contexto regressivo que possibilita a retomada das experiências de ilusão e transicionais, os estímulos de vários instrumentos projetivos, ao obrigar o indivíduo a se deparar com situações, angústias e tarefas referentes aos vários estágios de seu desenvolvimento emocional, conduzem-no, de certa forma, a reviver essas etapas. No contexto da experiência ilusória, essa revivência possibilita ao paciente a retomada de seu processo de maturação emocional por meio da atualização de suas necessidades (Barbieri, 2002), na esperança de reparar feridas antigas e de reorganizar os objetos internos.

Além disso, considerando-se que os fenômenos de ilusão e transicionais são os precursores das experiências simbólicas, pode-se dizer, por conseguinte, que as técnicas projetivas têm o potencial de fomentar e de acionar a capacidade de simbolização do examinando. Esse processo seria complementado pelo PIOP nos casos em que tal capacidade permanece latente no paciente; nessas situações, a intervenção do examinador, seja ela verbal, gráfica ou lúdica, pode auxiliar a atualização dessa importante conquista estrutural do indivíduo.

Em suma, a aplicação de instrumentos e métodos projetivos pode ser terapêutica em si, redundando em benefícios importantes, tanto em termos estruturais como dinâmicos da personalidade do paciente. Logo, se o psicodiagnóstico tradicional pode ser involuntariamente terapêutico, o PI busca sê-lo expressamente, ao se propor a explorar a fundo todas as possibilidades que os instrumentos projetivos oferecem.

A CLÍNICA E A PESQUISA DO PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO

Até o presente, as pesquisas que buscaram investigar os alcances e os limites do PI como procedimento clínico revelaram que essa prática promove resultados terapêuticos importantes. Cabe citar como exemplo algumas dessas investigações, mas sem qualquer pretensão de esgotar toda a produção científica a esse respeito.

Na tese de doutorado "A família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis" (Barbieri, 2002), propusemos um método diagnóstico/psicoterápico de atendimento (PIOP) a oito crianças, que incluía a aplicação interventiva de técnicas projetivas e implicava a participação da família no processo. A partir desse trabalho, pôde-se concluir que as cinco crianças que apresentaram bons resultados terapêuticos dispunham de uma pré-organização neurótica de personalidade e mostravam comprometimentos leves ou moderados nas funções egoicas dos relacionamentos interpessoais e do controle pulsional, segundo os resultados do Teste de Rorschach. No que se refere à capacidade dos genitores para auxiliar seus filhos no processo de PI, constatamos que, para as mães, não houve diferença entre dispor de uma organização neurótica ou *borderline* da personalidade. Já no caso dos pais, os bons resultados dos filhos estiveram relacionados à presença de ordenamento neurótico por parte do genitor. Para pais e mães, a ausência de prejuízos severos nos relacionamentos interpessoais e no controle pulsional esteve igualmente atrelada ao maior benefício da criança no PIOP e, no caso dos pais (mas não no das mães), um Teste da Realidade moderadamente preservado mostrou-se mais compatível com os bons resultados do filho. Tardivo (2007), em seus estudos, compartilhou dessa mesma conclusão geral, enfatizando igualmente a necessidade de proporcionar um espaço de escuta para a família do paciente.

Trinca (2003) também se interessou por esse método de trabalho, estudando os seus efeitos sobre 15 crianças em momentos de pré-cirurgia. Para isso, ela utilizou o Procedimento de Desenhos-Histórias (D-E), desenvolvido por Trinca (1984) como um instrumento de intermediação terapêutica abreviado no atendimento dessas crianças. Os resultados indicaram que o D-E forneceu ao profissional subsídios para ajudar esses pequenos pacientes a elaborar parte de seus conflitos e angústias na situação de crise pré-cirúrgica.

Em tese de doutorado intitulada "A influência das invasões ambientais nos sintomas de ansiedade infantil: uma experiência de Psicodiagnóstico Interventivo" (Heck, 2014), estudamos seis crianças entre 6 e 11 anos de idade que apresentavam sintomas de ansiedade e seus pais. Realizamos sessões lúdicas com as crianças, aplicação do Teste Não Verbal de Inteligência-R2, da escala Spence Children's Anxiety Scale – SCAS-CRIANÇA, do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) e do Teste de Apercepção Infantil com figuras de animais, CAT-A. Ao longo dos encontros com as crianças, mediados pelos instrumentos projetivos, foram realizadas observações, assinalamentos e interpretações. Também foi aplicado o Teste de Rorschach e alguns cartões do CAT-A nos pais, de modo a investigar como eles viviam a experiência da parentalidade, conforme proposto em estudo anterior desenvolvido por nós (Barbieri, 2015). Esses instrumentos e procedimentos foram avaliados de forma dinâmica, por meio do método da livre inspeção do material (Trinca, 1984), tendo como pano de fundo a teoria psicanalítica. Os resultados mostraram que todas as crianças tiveram experiências iniciais com um ambiente que não se mostrou suficientemente bom para prover suas necessidades afetivas. Quanto aos pais, também apresentaram dificuldades no relacionamento com os próprios genitores, experiên-

cias que impactaram negativamente na formação de suas figuras materna e paterna; tais prejuízos os impediam de oferecer um bom acolhimento e atendimento às necessidades afetivas dos filhos. As falhas básicas sofridas pelas crianças em termos estruturais, por parte do ambiente familiar, engendraram uma ligação pouco consistente entre psique e soma. A fragilidade dessa conexão culminava em um sentimento de despersonalização (Winnicott, 2000/1948), com a correspondente ansiedade relativa à sensação de que o centro de gravidade do indivíduo havia sido transferido do cerne para a casca; o resultado foi a edificação de uma personalidade falso *self* para proteger o *self* verdadeiro. A maioria das crianças tornou-se, assim, submissa ao outro, em uma busca incessante para agradá-lo e não perder o seu afeto. Durante o processo de PI, nos encontros com as crianças e com os pais, eles foram se mostrando cada vez mais seguros, confiantes e aceitos, mesmo ao demonstrarem sentimentos hostis e agressivos. O fornecimento de *holding* e a experiência de um ambiente suficientemente bom, aliados às intervenções realizadas durante o processo avaliativo/terapêutico, permitiram que as crianças aprofundassem o contato consigo mesmas e conhecessem suas necessidades e desejos, podendo expressá-los sem medo de sofrer retaliação ou de perder o objeto amado.

Paulo (2005), por sua vez, utilizou o PI com adultos. Ela elaborou uma forma de atendimento breve que incluía o uso de técnicas projetivas, como o Questionário Desiderativo e o Teste de Relações Objetais de Phillipson. Essa proposta avaliativo/terapêutica foi aplicada a quatro pacientes com diagnóstico de depressão de variados tipos, mas sem sintomas psicóticos. As intervenções foram realizadas na sessão seguinte às aplicações desses instrumentos, no momento destinado à devolução de informações. Seus resultados demonstraram que, ao final do processo, houve uma reorganização da personalidade dos pacientes, possibilitada pela integração de aspectos cindidos do ego. Também se constatou que, por meio da aplicação do Inventário Beck de Depressão (BDI) antes e após o PIOP, houve melhora significativa nos sintomas depressivos dessas pessoas. Diante disso, concluiu que o PIOP se mostrou eficaz como proposta de atendimento a pacientes adultos com depressão.

Mishima (2011) também realizou o PIOP em adultos, em mulheres com obesidade grau II. Ela aplicou o Procedimento do Desenho da Figura Humana (no início e no fim do processo), a entrevista semiestruturada e o Procedimento de Desenhos-Estórias nessas pacientes, concluindo que os encontros permitiram que elas se sentissem seguras, confiantes e aceitas. Mediante o fornecimento de *holding* e de outras intervenções, elas puderam aprofundar o contato consigo mesmas, conhecendo melhor suas necessidades e seus desejos. Com isso, o ato de comer ganhou sentido e, com a implementação de sua capacidade simbólica, essas mulheres puderam fazer uso dessa significação em sua vida pessoal, sem ter de permanecer atreladas ao alimento concreto.

Com relação à utilização do PI na terceira idade, destaca-se o trabalho de Gil (2010), intitulado "Recordação e transicionalidade: a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos". A autora fez uso de instrumentos como o Inventário de Qualidade de Vida – Forma Breve, o Inventário Beck de Depressão (BDI) e o Teste de Apercepção Temática para Idosos, concluindo que houve significativa melhora dos sintomas depressivos e da qualidade de vida dos participantes após a realização de intervenções. Ela referiu também que o processo favoreceu maior integração e possibilidade de recordação saudável, acarretando, assim, vivências de crescimento emocional dos idosos que compunham o grupo estudado.

Essas pesquisas revelam que o uso simultâneo da avaliação e da intervenção proporciona ganhos terapêuticos em diferentes idades. Esses resultados promissores levaram e vêm levando o PI a ganhar espaço no campo da psicologia, de modo a se tornar objeto de diversos outros estudos devido ao seu potencial e à sua utilidade clínica (Andrade & Miranda, 2012; Lazzari & Schmidt, 2008; Leoncio, 2009; Ribeiro, 2007; Tardivo, 2007). No estado atual de nosso conhecimento, o PIOP tem se mostrado mais eficaz nos casos em que não existam comprometimentos psicóticos severos e em que se tenha adquirido, ou preservado, um nível razoável da capacidade de simbolização, que permita a abordagem dos instrumentos de avaliação de forma lúdica, ou seja, capaz de brincar de faz de conta.

Ainda, para além da prática clínica, o PIOP tem sido considerado, mais recentemente, um método de investigação na pesquisa científica (Barbieri, 2008, 2010a, 2010b). Nesse caso, insere-se na perspectiva de investigação qualitativa, respeitando o caráter interativo do processo de produção do conhecimento. Em outras palavras,

de acordo com esse paradigma científico, assume que as relações entre pesquisador e pesquisado são a principal condição para o desenvolvimento das pesquisas nas ciências humanas: "A consideração da natureza interativa dos processos de produção do conhecimento implica compreendê-lo como processo que assimila os imprevistos de todo o sistema de comunicação humana e que, inclusive, utiliza esses imprevistos como situações significativas para o conhecimento" (González-Rey, 2000, p. 34).

Na perspectiva de investigação qualitativa, o PIOP, como já se poderia antever em função de seu referencial teórico, faz parte das pesquisas sustentadas pelo método e pela epistemologia psicanalíticos, que condiz com uma produção do conhecimento em que há ênfase na interpretação e na singularidade (González-Rey, 2002). Nesses termos, o PIOP inscreve-se no legado freudiano para a ciência, ou seja, consiste em um método interpretativo para a construção do conhecimento por meio da relação terapeuta-paciente, que abrange, ao mesmo tempo, a clínica e a pesquisa, ou seja, a investigação e a intervenção. Em seu artigo *Dois verbetes de enciclopédia*, Freud (1923/1996) postulou que a psicanálise, além de uma teoria sobre os fatos psíquicos, seria ". . . um procedimento para a investigação de processos mentais . . . [e] um método para o tratamento de distúrbios neuróticos . . ." (Freud, 1923/1996, p. 253). O método psicanalítico criado por Freud caracteriza-se por dois processos complementares: a livre associação do paciente e a atenção flutuante do terapeuta. Nesse método, a atenção está voltada para o campo experiencial humano, em suas dimensões consciente e inconsciente (Aiello-Vaisberg, 2004), em sintonia estreita com os objetivos e as características do PIOP e com os procedimentos projetivos que dele fazem parte. Para Barbieri (2010b), nesse contexto da investigação psicanalítica, os pressupostos da teoria e da clínica winnicottiana são particularmente interessantes para subsidiar o PIOP, mantendo sua coerência metodológica e epistemológica. Isso acontece porque eles se harmonizam com a base essencial da pesquisa clínica psicanalítica e qualitativa de que o importante nessa situação é o encontro entre terapeuta e paciente e o favorecimento de uma comunicação emocional significativa. Assim, o valor científico do processo do PIOP estaria respaldado por essa coerência de princípios com as abordagens qualitativa e clínica de investigação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo objetivou oferecer ao leitor um panorama acerca dos principais conceitos que subsidiam o PIOP, bem como introduzi-lo no campo das pesquisas realizadas a respeito desse processo de investigação e intervenção ou realizadas por meio de sua utilização. O capítulo também apresenta o PIOP como um método de investigação científica, que inclui a simultaneidade entre coleta e análise de dados, elaboração de conhecimento advinda do relacionamento entre sujeito (paciente) e pesquisador (profissional), e em que há a primazia do processo sobre a técnica (Barbieri, 2008) – ou seja, o pensamento clínico é prioritário. Nesse âmbito, o PIOP encontra as suas fontes no psicodiagnóstico compreensivo (Trinca, 1984) e nas consultas terapêuticas (Winnicott, 1971/1984).

A partir de suas fundamentações, compreende que cada encontro entre psicólogo e paciente é um momento único, permeado por uma comunicação em nível verbal e pré-verbal, consciente e inconsciente. Nesse sentido, quando o profissional é capaz de fornecer sustentação e, assim, mostrar-se verdadeiramente disponível ao paciente, este pode revelar-se sem recear ser invadido. Essa situação pode gerar efeitos mutativos, proporcionando um movimento de vida autêntico e espontâneo, expressão da singularidade do paciente. Dessa maneira, o objetivo principal do PIOP é mais favorecer a ocorrência de experiências que propiciem ao paciente oportunidades para encontrar um sentido pessoal para a sua existência (Aiello-Vaisberg, 2004) do que suprimir sintomas psicopatológicos; estes podem, sim, se dissipar, mas como consequência de não ser mais necessário enviá-los como sinais de socorro.

O PIOP é uma modalidade específica de avaliação clínica interventiva breve que utiliza técnicas projetivas para acessar e presentificar de maneira condensada (Anzieu, 1988) os aspectos nodais inconscientes da personalidade do paciente que lhe ocasionam sofrimento (Trinca, 1984). Como o profissional é parte integrante do processo, a qualidade do seu mundo mental também deve ser objeto de atenção. O psicólogo deve ser capaz de respeitar o ritmo de cada paciente sem causar uma "invasão ambiental" por meio de interpretações que ele ainda não tem condições de receber. As intervenções devem, portanto, seguir o mesmo ritmo da apresentação dos obje-

tos, conforme preconiza Winnicott (1951/2000), ou seja, devem ser oferecidas no espaço e no momento exato em que o paciente esteja pronto para recebê-las, de modo a configurar a experiência da ilusão. Nesse processo, as técnicas projetivas funcionariam como mediadores da comunicação, fazendo fluir aspectos importantes da subjetividade do examinando. Guardadas as condições de respeito aos recursos e ao ritmo do paciente por parte do profissional, aquele pode adaptar-se o estímulo do teste para transmitir o que deseja, a despeito do conteúdo latente a que o estímulo deveria originalmente remeter. Portanto, a não abordagem do conteúdo previsto pelo estímulo do teste não significa necessariamente a sua distorção ou a fuga do tema recoberto por ele. O auxílio para o alívio da dor psíquica acontece, então, por meio de intervenções durante entrevistas, aplicações de técnicas e métodos projetivos, ou, ainda, na entrevista de devolução de informação, buscando-se sempre superar as dissociações rumo a processos integrativos.

Apesar de todas as suas boas qualidades, é importante salientar que o PIOP não almeja substituir uma psicoterapia extensa. Seu objetivo é simplesmente remover do caminho do indivíduo o foco que bloqueia o seu processo de amadurecimento emocional e que compromete a expressão do *self*, sem necessidade de aprofundamento da análise da transferência, como acontece na psicoterapia psicanalítica em geral, longa ou breve. Trata-se, nos dizeres de Winnicott, de substituir a pergunta da psicoterapia – "quanto se deve fazer?" – pela das consultas terapêuticas – "qual é o mínimo necessário a ser feito?" (Winnicott, 1962/1983).

Em razão de seus resultados promissores no Brasil, a difusão desse método de avaliação e intervenção deve ser encorajada, bem como pesquisas a seu respeito. Nossa esperança é que este capítulo, em que tencionamos apresentar as características essenciais e os fundamentos do PIOP, incentive estudantes e profissionais da psicologia a prosseguir nossos esforços na compreensão e no aperfeiçoamento desse frutífero método. Assim, convidamos aqueles que se interessarem e quiserem ir mais longe, aprofundando o seu conhecimento nesse procedimento clínico, a buscar as referências relacionadas a seguir, que fornecem bases teóricas, metodológicas e práticas importantes para quem quiser trilhar o caminho que nós trilhamos.

REFERÊNCIAS

Aberastury, A. (1982). *Psicanálise de criança: Teoria e técnica*. Porto Alegre: Artmed.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1995). O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: Projeção e transicionalidade. *Psicologia USP, 6*(2), 103-127.Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). *Encontro com a loucura: Transicionalidade e ensino de psicopatologia* (Tese de livre docência, Universidade de São Paulo, São Paulo).

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004). *Ser e fazer: Enquadres diferenciados na clínica Winnicottiana*. Aparecida: Ideias e Letras.

Ancona-Lopez, M. (1984). Contexto geral do diagnóstico psicológico. In W. Trinca (Org.), *Diagnóstico psicológico: A prática clínica*. São Paulo: EPU.

Ancona-Lopez, M. (Org.). (1995). *Psicodiagnóstico: Processo de intervenção*. São Paulo: Cortez.

Andrade, M. A., & Miranda, S. E. C. (2012). Psicodiagnóstico interventivo como modalidade de atuação terapêutica: Reflexões a partir de um caso clínico. *Revista Kaleidoscópio, 3*, 59-76.

Anzieu, D. (1988). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.

Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições*. Porto Alegre: Artmed.

Barbieri, V. (2002). *A família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo).

Barbieri, V. (2008). Por uma ciência-profissão: O psicodiagnóstico interventivo como método de investigação científica. *Psicologia em Estudo, 13*(3), 575-584.

Barbieri, V. (2010a). Psicodiagnóstico tradicional e interventivo: Confronto de paradigmas? *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(3), 505-513.

Barbieri, V. (2010b). O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na pesquisa acadêmica: Fundamentos teóricos, científicos e éticos. *Boletim de Psicologia, 59*(131), 209-222.

Bellak, L. (1974). *The TAT, CAT and SAT in clinical use*. New York: Grune & Stratton.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2007). Cartilha sobre avaliação psicológica. Brasília: CFP. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/05/Cartilha-Avalia%C3%A7%C3%A3o-Psicol%C3%B3gica.pdf

Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Dias, E. O. (1999). Sobre a confiabilidade: Decorrências para a prática clínica. *Natureza Humana, 1*(2), 283-322.

Finn, S. E. (1996). Assessment feedback integrating MMPI-2 and Rorschach findings. *Journal of Personality Assessment, 67*, 543-557.

Finn, S. E., & Tonsager, M. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment, 4*, 374-385.

Fischer, C. T. (1979). Individualized assessment and phenomenological Psychology. *Journal of Personality Assessment, 43*(2), 115-122.

Freud, S. (1996). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 28). Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1923.

Friedenthal, H. (1976). Interrogatório, teste de limites y señalamiento en el test de relaciones objetales. In R. F. de Verthelyi (Org.), *El test de relaciones objetales de H. Philipson*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Gil, C. A. (2010). *Recordação e transicionalidade: A oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção terapêutica grupal com idosos* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo).

González-Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: Caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Heck, V. (2014). *A influência das invasões ambientais nos sintomas de ansiedade infantil: Uma experiência de psicodiagnóstico interventivo* (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Hutz, C. (Org.). (2009). *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lazzari, W. M. J., & Schmidt, B. E. (2008). Percepção dos pais em relação a mudanças após o processo psicodiagnóstico. *Avaliação Psicológica, 7*(2), 211-221.

Leoncio, W. A. A. (2009). *Consultas terapêuticas de crianças abrigadas e seus pais: Uma investigação dos vínculos familiares* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo).

Mishima, F. K. T. (2011). *Obesidade feminina: Considerações a partir do psicodiagnóstico interventivo* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo).

Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G., & Piccolo, E. G. (1986). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.

Paulo, M. L. L. de. (2005). *Depressão e psicodiagnóstico interventivo: Proposta de atendimento*. São Paulo: Vetor.

Primi, R., Muniz, M., & Nunes, C. (2009). Definições comtemporâneas de validade de testes psicológicos. In C. Hutz (Org.), *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ribeiro, D. P. de S. A. (2007). *Transicionalidade e o uso do procedimento de desenhos-histórias com tema nas primeiras entrevistas clínicas*. (Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas).

Tardivo, L. S. P. C. (2006). O atendimento em psicodiagnóstico interventivo na clínica-escola: O encontro entre os pacientes, os terapeutas e os estudantes de psicologia. In N. A. Silva Neto, & D. M. Amparo (Orgs.), *Métodos projetivos: Instrumentos atuais para a investigação psicológica e da cultura*. Brasília: ASBRO.

Tardivo, L. S. P. C. (2007). Psicodiagnóstico interventivo: Uma proposta de ensino em atendimento clínico. *Mudanças: Psicologia da Saúde, 15*(2), 128-134.

Trinca, A. M. T. (2003). *A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil: O procedimento de desenhos-histórias como instrumento de intermediação terapêutica*. São Paulo: Vetor.

Trinca, W. (1984). *Diagnóstico psicológico: A prática clínica*. São Paulo: EPU.

Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1975). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. W. Winnicott (Ed.), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1971.

Winnicott, D. W. (1983). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed. Originalmente publicado em 1962.

Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1971.

Winnicott, D. W. (1994). O valor da consulta terapêutica. In D. W. Winnicott (Ed.), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed. Originalmente publicado em 1965.

Winnicott, D. W. (2000). A tendência anti-social. In D. W. Winnicott (Ed.), *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. São Paulo: Martins Fontes. Originalmente publicado em 1956.

Winnicott, D. W. (2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott (Ed.), *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1951.

Winnicott, D. W. (2000). Pediatria e psiquiatria. In D. W. Winnicott (Ed.), *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1948.

LEITURAS RECOMENDADAS

Abadi, S. (1998). *Transições: O modelo terapêutico de D. W. Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Amiralian, M. L. T. M. (1997). O procedimento de desenhos-histórias como terapia analítica breve. *Boletim de Psicologia, 47*(106), 41-56.

Bellak, L., & Bellak, S. S. (1981). *Teste de apercepção infantil com figuras de animais: CAT-A*. São Paulo: Mestre Jou.

Borges, T. W. (1998). *O procedimento de desenhos-histórias como modalidade de intervenção nas consultas terapêuticas infantis* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo).

Dias, E. O. (1998). *A teoria das psicoses em D. W. Winnicott* (Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo).

Grassano, E. (1996). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Heck, V. (2014). *A influência das invasões ambientais nos sintomas de ansiedade infantil: Uma experiência de psicodiagnóstico interventivo* (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Herrmann, F. (2004). Pesquisando com o método psicanalítico. In F. Herrmann, & T. Lowenkron (Orgs.), *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lins, M. I. A. (2006). *Consultas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Loparic, Z. (1996). Winnicott: Uma psicanálise não edipiana. *Percurso, 17*(2), 41-47.

Milner, M. (1991). O hiato enquadrado. In M. Milner, *A loucura suprimida do homem são*. Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1952.

Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2007). Desenhos-histórias em encontros terapêuticos na clínica da maternidade. *Mudanças: Psicologia da Saúde, 15*(1), 23-31.

Tardivo, L. S. L. P. C. (2009). O lúdico e o gráfico como meios de expressão e comunicação com crianças: Do diagnóstico à intervenção. *Anais 1º Congresso Brasileiro Ludodiagnóstico, 1*, 108-114.

Tardivo, L. S. P. C. (2000). Psicoterapia de base analítica e psicodiagnóstico: Formas de atuação antagônicas ou complementares? *Psic, 1*(2), 28-31.

Tardivo, L. S. P. C. (2003). *Apoiar: Fundamentos e propostas*. São Paulo: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social.

16

TÉCNICAS E MODALIDADES DE SUPERVISÃO EM PSICODIAGNÓSTICO

Denise Balem Yates

As pesquisas sobre os processos de supervisão em psicologia têm uma trajetória relativamente longa, desde meados da década de 1980 (Barker, 2014). Ainda assim, revisões sistemáticas e metanálises (Ellis, Ladany, Krengel, & Schult, 1996; Watkins, 2012) apontam para a escassez de modelos teóricos baseados em evidências que delimitem de forma clara como ocorre o desenvolvimento do supervisionando e a formação do próprio supervisor ao longo do processo. Algumas iniciativas de sistematização do conhecimento produzido sobre o tema até o momento podem ser destacadas, como as Diretrizes para Supervisão Clínica em Serviços de Saúde Psicológica (American Psychological Association [APA], 2015). Contudo, poucos estudos são destinados especificamente à descrição ou ao estudo da supervisão em avaliação psicológica, sendo a maior parte da produção científica em psicologia voltada para a supervisão e a formação em psicoterapia.

Na literatura científica brasileira, de forma geral, as referências tratam de relatos de experiência, em que alguns locais de estágio descrevem suas estratégias de supervisão, dificuldades enfrentadas e conceitos teóricos que possam auxiliar na realização da supervisão (Loureiro & Romaro, 1987; Sei & Paiva, 2011), pesquisas sobre a supervisão em psicologia clínica e psicoterapia (Oliveira-Monteiro & Nunes, 2008; Saraiva & Nunes, 2007) e a percepção dos estagiários sobre a experiência de supervisão (Peixoto, Silvares, Rocha, Monteiro, & Pereira, 2014). No Brasil, a supervisão em psicologia pode ocorrer em vários níveis da formação profissional, seja em estágios de graduação, de pós-graduação *lato sensu* ou ao longo do exercício profissional. As Diretrizes para o Ensino de Avaliação Psicológica, propostas pelo Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP) (Nunes et al., 2012), propõem a existência de um estágio supervisionado em avaliação psicológica durante o curso de Psicologia, que deve considerar conteúdos como planejamento e prática do processo de avaliação psicológica, entrevistas, observação do comportamento, testes psicológicos, comparação e integração de informações de diferentes fontes obtidas na avaliação psicológica, laudos e documentos psicológicos, e entrevista devolutiva verbal de resultados decorrentes da avaliação psicológica.

A proposta deste capítulo é discutir técnicas e modalidades de supervisão em psicodiagnóstico, em concordância com as diretrizes propostas pelo IBAP (Nunes et al., 2012), primeiramente em um contexto prático, seguido pela apresentação de algumas diretrizes e modelos teóricos existentes na literatura estrangeira. Para cumprir tal meta, é preciso iniciar pela definição de alguns conceitos centrais sobre o tema.

Neste capítulo, é utilizado o conceito de avaliação psicológica, definido pelo Conselho Federal de Psicologia como "... o processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, que são resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas – métodos, técnicas e

instrumentos" (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2003, p. 3). Para fins de simplificação, o termo muitas vezes será utilizado como sinônimo de psicodiagnóstico, definido por Cunha (2000, p. 5) como um

> ... processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos (*input*), em nível individual ou não, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos ou para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados (*output*).

O psicodiagnóstico é uma forma específica de avaliação psicológica, de objetivo clínico, enquanto a avaliação pode ser utilizada em diversas áreas (clínica, escolar, organizacional, jurídica e outras).

O termo supervisão aqui discutido corresponde à definição de Bernard e Goodyear, de 2004, apresentada de forma mais sucinta por Milne (2007), que propõe que a supervisão é uma formação intensiva (que envolve a capacidade de resolução de problemas e de desenvolvimento de habilidades) e/ou treinamento (ampliação de competências), focada em casos e provedora de apoio, dirigindo e orientando (inclusive por meio de tópicos normativos, abordados por métodos profissionais, entre eles monitoramento objetivo, *feedback* e avaliação) o trabalho de colegas iniciantes (supervisionandos) por um profissional da área da saúde qualificado ou com experiência comprovada, com a aprovação de instituição reconhecida. No caso da supervisão em psicodiagnóstico, deve ser administrada por psicólogo com experiência em avaliação psicológica, podendo ser complementada por discussões e treinamentos com profissionais de outras áreas da saúde.

Este capítulo está organizado em três partes. Na primeira, será apresentado o processo de supervisão em psicodiagnóstico, com base na experiência da autora como supervisora local no Centro de Avaliação Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Na parte seguinte, serão abordadas as principais técnicas de supervisão em psicodiagnóstico. Em um terceiro momento, serão apresentadas brevemente as principais diretrizes da American Psychological Association (APA) para a supervisão clínica em serviços de saúde psicológica (APA, 2015) e os modelos teóricos mais utilizados nos estudos sobre supervisão em psicologia, segundo revisão recente (Barker & Hunsley, 2013).

PROCESSO DE SUPERVISÃO EM PSICODIAGNÓSTICO

O ensino e a supervisão em psicodiagnóstico têm algumas especificidades em relação a outros campos da psicologia. O supervisor precisa acompanhar a maior parte do trabalho dos supervisionandos, especialmente de iniciantes, além de ouvir cuidadosamente seus relatos, apontando pontos positivos e sugerindo mudanças em sua prática. Além do ensino da correção e interpretação dos instrumentos, é necessário ter acesso aos dados dos protocolos de testes e questionários, bem como às anotações ou gravações em áudio ou vídeo de aplicações de técnicas e instrumentos. Tal medida permite um contato mais direto com as informações coletadas, auxiliando na checagem dos levantamentos feitos pelo aluno, assim como possibilita ensiná-lo a distinguir entre as informações que foram ditas explicitamente pelo paciente e aquelas que são fruto de sua interpretação. Tanto as informações fornecidas pelo paciente quanto as observações e considerações feitas pelo avaliador devem ser tomadas em consideração na análise dos dados, mas é importante diferenciar os níveis de inferência existentes entre ambos. Essa separação é um requisito tanto para a compreensão do caso como para a explanação a ser feita na devolução e nos documentos escritos decorrentes da avaliação, destinados ao paciente e aos profissionais envolvidos com o caso.

Sendo a supervisão uma forma de preparação para o exercício profissional, é importante estimular o estudante a ter uma postura crítica, embora aberta à reflexão decorrente de uma argumentação em contrário. Nesses casos, cabe ao supervisor explicar antecipadamente como a supervisão costuma ocorrer, dando abertura para que o supervisionando se manifeste a respeito. É sempre relevante diferenciar o que é um comentário reservado à forma como o aluno se expressa de uma crítica a sua prática como um todo.

Esse é outro aspecto importante e menos tangível da prática como supervisor: o equilíbrio entre elogios bem posicionados e críticas objetivas e restritas a questões específicas. Muitos supervisores esquecem de valorizar aprendizados simples, mas significativos, em especial para alunos iniciantes, ou de assinalar/reforçar quando um aluno implementa uma mudança que lhe fora sugerida anteriormente pelo supervisor ou pelos colegas do grupo de supervisão. Menos comum, mas também recorrente, é a preocupa-

ção do supervisor em relação a demarcar práticas inadequadas do aluno por receio de quebrar o vínculo, ou por medo de que o estudante não relate mais as suas falhas em supervisão. É importante para os profissionais em formação (ou em atualização) serem informados com clareza acerca de erros ou atitudes que poderiam ser expressas ou compreendidas de outra forma, sob pena de, ao não receber um *feedback*, ignorarem possíveis condutas inadequadas que estejam tomando. E, assim como na prática da avaliação psicológica, quando o avaliando não realiza o que é solicitado pelo avaliador, pode ser necessário retomar o *rapport* e renegociar o contrato inicial.

Uma sugestão útil é, antes do início da prática supervisionada, estabelecer regras gerais sobre a supervisão (frequência, duração, modalidade, etc.), a estrutura do atendimento a ser realizado pelo aluno e a forma como deverá se reportar ao supervisor (se deverá ser feito por meio de relatos escritos, trazendo protocolos já levantados, iniciando a escrita dos documentos durante a avaliação ou somente após o levantamento de todos os dados, etc.). Ao estabelecer as combinações iniciais, é crucial advertir os supervisionandos acerca da quantidade de trabalho "invisível" que uma avaliação gera. O tempo de atendimento do paciente e o contato com seus responsáveis e/ou profissionais que o atendem costumam ser triplicados para a conclusão da avaliação como um todo (ou mais, nos casos de alunos iniciantes). O estudo teórico sobre o caso, a leitura de manuais para a aplicação dos instrumentos, a correção dos instrumentos em si, a redação dos relatos ou a transcrição das observações, o tempo da supervisão e a escrita dos documentos psicológicos demandam muitas horas de dedicação, o que geralmente não é levado em conta pelos iniciantes (e muitas vezes pelos pacientes, empregadores, etc.). Soma-se a isso a importância de uma atitude ativa do avaliador, no sentido de procurar instrumentos e literatura adequados ao caso. Muitos supervisionandos esperam que o supervisor lhes aponte e reassegure a cada fase da avaliação. Tal conduta pode ser justificada nos primeiros atendimentos, mas deve ser logo substituída pela busca por mais informações, tendo em vista que cada caso é único e gera uma série de indagações no avaliador, por mais experiente que ele seja. Esse incentivo a maior autonomia do aluno se justifica pela necessidade de profissionais que saibam reconhecer as especificidades de cada caso, abandonando o modelo único muitas vezes utilizado no passado da avaliação psicológica – profissionais que administravam sempre a mesma bateria de instrumentos, independentemente das características do paciente.

Outro ponto que deve ser observado é o cuidado ao designar um caso de avaliação, no caso do atendimento em instituições, especialmente para alunos ou profissionais com pouca experiência. O mesmo vale ao se aceitar a supervisão de casos de profissionais com pouca experiência no contexto de um consultório particular. Nem todo caso poderá se prestar para uma avaliação feita por iniciantes (p. ex., profissionais recém-formados sem experiência em psicodiagnóstico), ou pode ter especificidades que não estejam de acordo com os conhecimentos do supervisor. Um exemplo são casos de pacientes encaminhados para diagnóstico diferencial com suspeita de autismo, o que demanda um bom conhecimento a respeito do transtorno e de estratégias de avaliação específicas. Da mesma forma, um supervisor com experiência em uma única área da avaliação, como psicologia forense, não deveria supervisionar casos de outra área em que não tem formação (como neuropsicologia). A supervisão de um caso deve considerar o nível de conhecimento e a experiência prévia do aluno e do supervisor. É recomendado que o caso seja um desafio para o supervisionando, mas não a ponto de ele não conseguir conduzi-lo bem, mesmo com auxílio. Nos casos em que a demanda de avaliação extrapola o conhecimento mínimo de uma das partes, o mais indicado é que o paciente seja encaminhado para atendimento com um profissional especializado ou que o supervisor indique outro colega para exercer a supervisão.

Ao tentar suscitar o pensamento crítico e autônomo dos alunos, é importante que eles se apropriem do processo da avaliação psicológica e suas etapas. Após a triagem e/ou entrevista de anamnese, deve-se esclarecer as principais queixas do paciente, de seus familiares e do solicitante da avaliação (seja um profissional da educação, da saúde, etc.). Relacionando essas queixas com a história do paciente, é possível ter uma compreensão mais ampla da demanda de avaliação e, a partir daí, estabelecer quais são as prioridades a investigar na avaliação. Nem sempre é possível avaliar todas as demandas solicitadas, e isso deve ser esclarecido ao paciente e/ou ao seu responsável ao se estabelecer um contrato verbal combinando as regras da avaliação (alguns profissionais optam por um breve contrato por escrito).

Estabelecido o foco do psicodiagnóstico, são geradas hipóteses de investigação (que problemas, transtornos ou dificuldades podem causar o comportamento que gerou a queixa?). Esse é um bom momento para incentivar o aluno ou profissional supervisionado a considerar possíveis causas para a demanda, por meio de "palpites" espontâneos e de revisão teórica. A partir dessas hipóteses são estipuladas linhas de investigação e possíveis diagnósticos, bem como são determinados os instrumentos e as técnicas que deverão ser aplicados. É preferível que os instrumentos sejam pontuados à medida que os atendimentos são realizados, pois os resultados poderão desencadear novas hipóteses de investigação e gerar a necessidade de aplicação de outros testes ou do contato com outras fontes de informação.

Muitas vezes, no estudo da avaliação psicológica, prioriza-se o aprendizado de instrumentos em detrimento de temas como técnicas de entrevista, relação psicólogo-paciente, integração de dados, conhecimento de psicopatologia, psicometria, desenvolvimento, etc. Saber utilizar adequadamente instrumentos é essencial na prática da avaliação, mas está longe de ser o único requisito. O foco em instrumentos, testes e técnicas e a ilusão de objetividade absoluta da avaliação por vezes geram os chamados "testólogos" (Cunha, 2000), especialistas na aplicação e no levantamento de instrumentos que têm escassa habilidade de interação, estabelecimento de vínculo, empatia e compreensão da demanda de avaliação e do paciente.

Alunos iniciantes às vezes se "escondem" atrás do mito da neutralidade do avaliador, a fim de evitar um contato mais direto com os sentimentos (desagradáveis, de vulnerabilidade) despertados no contato com o paciente. Embora essa seja uma defesa esperada nos primeiros atendimentos, é importante que o supervisor assinale a necessidade de uma interação mais próxima (sempre de forma adequada, respeitando limites éticos e profissionais). Nesse sentido, recomenda-se ao avaliador não compartilhar informações de foro pessoal (ou, quando necessário, fornecer o mínimo possível de informações), mas ser capaz de devolver ao paciente, de forma empática, o que determinado relato difícil deste gera em termos de sentimento, ou o que um questionamento sobre a vida pessoal do avaliador pode estar significando (medo, desconfiança, necessidade de troca, etc.).

É importante fazer uma ressalva a respeito dos limites da supervisão profissional psicológica, que, dependendo da tradição teórica, por vezes se confunde com intervenções de cunho interpretativo a respeito do supervisionando. Pode ser necessário apontar algum aspecto que o supervisionando precise trabalhar em sua psicoterapia pessoal, mas o espaço da supervisão não deve ser utilizado para fazer interpretações sobre o avaliador ou discutir sobre suas questões pessoais. Segundo Ladany (2014), o modelo psicoterápico não se adapta ao contexto de supervisão por três motivos: a relação de supervisão é geralmente involuntária (é parte obrigatória do processo de formação) e tem propósitos didático e avaliativo.

No momento em que a coleta de informações torna-se suficiente para a compreensão do caso (o que não deve se estender por muitas sessões de atendimentos – recomenda-se não mais do que 10 sessões para uma avaliação feita por alunos iniciantes e de 6 a 8 para profissionais experientes), é feita uma interrupção nos atendimentos para a confecção dos documentos psicológicos. Nessa etapa, deve-se sedimentar a integração das informações coletadas com a história familiar, social, escolar e laboral do paciente. Os dados obtidos por meio da aplicação de instrumentos devem ser interpretados considerando o que significam em relação à vida daquela pessoa e ao seu contexto.

A supervisão da escrita dos documentos psicológicos é um aspecto importante na prática da avaliação psicológica. O gênero da escrita de documentos psicológicos é distinto da escrita científica e acadêmica que os alunos aprendem nos cursos de graduação e pós-graduação em Psicologia. Isso exige adaptação a uma nova forma de escrita a que a maioria dos estudantes não está acostumada, devido ao raro contato com documentos psicológicos. Essa adaptação implica a necessidade de conhecimento das regras da Resolução nº 007/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003), bem como das demais resoluções e recomendações feitas pelo CFP, da leitura de documentos-modelo e, principalmente, do exercício de um processo iterativo de escrita e reescrita após a leitura do documento pelo supervisor.

É interessante observar que as sugestões e as correções da escrita costumam ser um dos pontos mais sensíveis da supervisão. Alunos que sempre foram elogiados pela qualidade de sua escrita em trabalhos acadêmicos se ressentem ao terem seu texto marcado/alterado com frequência nos documentos produzidos. Nesse processo, um cuidado essencial a ser tomado pelo supervisor é o

de restringir-se à correção de aspectos ortográficos e linguísticos, bem como à sugestão de formas claras e diretas de expor as informações coletadas e as conclusões da avaliação, evitando alterar o estilo pessoal de escrita do aluno. Aqui, pressupõe-se que a escrita do documento deve manter as características de seu autor, com alterações baseadas na orientação do supervisor, não significando que o supervisionando deva reescrever o texto da mesma forma como o supervisor se expressa (um exemplo de correção excessiva é a preferência por um advérbio de mesmo valor semântico que o proposto pelo supervisionando, apenas por questão de preferência pessoal). Isso também implica a possibilidade de argumentação por parte do aluno, caso discorde do supervisor acerca de alguma alteração sugerida.

Concluídos os documentos psicológicos, deverá ser feita a entrevista de devolução, que deve ser oferecida aos pacientes obrigatoriamente em todos os casos de avaliação psicológica. A preparação para a entrevista de devolução exige um bom conhecimento teórico do aluno sobre os conteúdos abordados na avaliação do caso em questão, o que lhe garante segurança em relação às conclusões obtidas. A devolução também requer um aprendizado técnico sobre como informar os achados ao paciente e/ou ao(s) seu(s) responsável(is) de forma compreensiva e esclarecedora, que promova a busca dos encaminhamentos sugeridos pelo paciente, caso seja necessário.

TÉCNICAS DE SUPERVISÃO EM PSICODIAGNÓSTICO

As técnicas de supervisão em psicodiagnóstico compreendem diversas modalidades, destaco as apresentadas a seguir.

Supervisão individual

São encontros semanais ou quinzenais individuais do avaliador com seu supervisor. Nesses encontros, são discutidas as etapas da avaliação, como ocorrerá sua condução, a interpretação da demanda, a geração de hipóteses diagnósticas, a escolha de instrumentos e técnicas, a verificação dos levantamentos de instrumentos, a sugestão de leitura de textos, a interpretação e integração dos dados coletados e a supervisão dos documentos psicológicos produzidos. Dependendo da experiência do avaliador, as atividades que necessitam de maior desenvolvimento serão priorizadas. Pode-se, por exemplo, solicitar ao aluno que reflita sobre uma entrevista realizada e registre questões que gostaria de debater em supervisão. Essa reflexão pode ser livre e/ou orientada por parâmetros sugeridos na literatura.[1] Outra recomendação válida tanto para a supervisão individual como para a coletiva é a prática de escrita de documentos psicológicos, especialmente de laudo ou relatório ao longo do processo de avaliação. A redação da história clínica do paciente logo após a(s) entrevista(s) de anamnese, por exemplo, permite reconhecer pontos que ficaram obscuros no início da avaliação e ainda podem ser recuperados, questionando o avaliando ou buscando outros instrumentos que possam auxiliar na busca das informações faltantes. Da mesma forma, o levantamento dos instrumentos após sua aplicação permite perceber falhas de aplicação que poderão exigir o uso de outro instrumento complementar, ou os resultados poderão apontar a necessidade de incluir novas técnicas e instrumentos não previstos inicialmente no planejamento da avaliação. Além dessas vantagens, a escrita e o levantamento dos instrumentos de forma gradual facilitam a redação dos documentos ao fim da avaliação. A escrita de um laudo ou de um relatório é um processo extenso e cansativo, e sua produção em etapas permite refletir acerca do processo durante seu andamento, bem como perceber falhas na própria redação. É recomendado que, antes da devolução da avaliação, seja feita uma pausa após a conclusão da redação do documento. Esse intervalo permite um distanciamento crítico do texto, que poderá ser revisado antes da entrega de sua versão final.

Supervisão coletiva

Trata-se de modalidade semelhante à supervisão individual, com o diferencial de ser composta por um grupo de avaliadores e seu(s) supervisor(es), em que os casos são discutidos por todos os participantes. O objetivo da supervisão coletiva é promover o aprendizado não apenas de forma direta, mas também pela escuta das experiências de avaliação dos colegas, bem como com as sugestões de condução destas, que podem ser feitas tanto pelo(s) supervisor(es) como pelos demais avaliadores. A supervisão coletiva exige maior controle sobre a distribuição de tempo para cada super-

[1] Como o Roteiro de Análise da Entrevista Lúdica Diagnóstica descrito no Capítulo 18.

sionando e sobre a forma de apresentação das informações. Uma alternativa interessante no contexto acadêmico ou em uma sala com recursos de projeção é a apresentação dos dados da avaliação de forma sistemática, por exemplo, como tópicos principais para organização das apresentações e gráficos sumarizando o desempenho dos pacientes nos instrumentos aplicados. Essa alternativa também facilita o trabalho do supervisor, na medida em que já são destacados previamente os tipos de dados que devem ser apresentados pelo supervisionando, facilitando a recordação do caso. É interessante que o material apresentado pelo aluno fique à disposição do supervisor para consulta ao longo da avaliação. As informações também auxiliarão na redação dos documentos psicológicos ao final da avaliação.

Discussão de casos

Um complemento interessante à supervisão coletiva ou individual é a apresentação de avaliações em andamento ou já finalizadas para profissionais da área da psicologia, da saúde, ou de outras áreas que sejam relevantes para discutir o caso. Na apresentação, deve-se tomar o cuidado de retirar/alterar todas as informações que possam identificar o paciente e os envolvidos no caso (sejam profissionais de saúde ou não). Ela deve resumir os pontos principais da história do paciente, a demanda da avaliação e os dados coletados até o momento da apresentação. O objetivo dessa atividade é discutir alternativas para a avaliação de um caso complexo, quando se tratar de avaliações em andamento, ou para revisar procedimentos e conclusões de um caso já encerrado. No caso de a discussão ser feita com não psicólogos, deve-se respeitar os limites do que pode ser compartilhado sobre os instrumentos aplicados. O ideal é que a discussão limite-se aos achados (conclusões, inferências) obtidos com os instrumentos, sem fornecer informações privativas da profissão. Esses encontros costumam ser muito úteis, tanto para reafirmar os procedimentos tomados pela equipe de avaliação como para sugerir hipóteses de diagnóstico diferencial ou compreender de forma mais profunda ou integrada um caso complexo. Algumas sugestões de profissionais que podem ser convidados para contribuir com essas discussões são psicólogos clínicos, organizacionais ou forenses, psiquiatras, neurologistas, fonoaudiólogos, pedagogos e até mesmo especialistas de áreas mais específicas, como médicos imunologistas, geneticistas, etc.

Checagem dos protocolos e leitura dos relatos

Uma forma importante de supervisão, mas que costuma ser negligenciada, é a revisão dos procedimentos de aplicação e levantamento de instrumentos psicológicos, especialmente no caso de avaliadores iniciantes. Pode-se proceder de forma sistemática, revendo todos os instrumentos aplicados pelo avaliador, ou em forma de seleção amostral, selecionando alguns instrumentos para serem revisados por avaliação. São comuns erros de aplicação, de levantamento de testes verbais, que costumam ter menos concordância entre avaliadores, de contagem simples de pontos brutos (somatório de acertos), de conversão de resultados brutos para ponderados, de levantamento de testes projetivos (p. ex., inferências excessivas), entre outros.

A leitura dos relatos das sessões de avaliação é relevante também para a verificação dos procedimentos adotados pelo avaliador, corrigindo problemas na distribuição do tempo da sessão de avaliação, por exemplo, ou na ordem dos instrumentos aplicados (é importante alternar instrumentos de conteúdos diferentes, para evitar a fadiga do paciente), no intervalo entre as técnicas utilizadas, dependendo das condições do paciente. Embora a realização do relato escrito de entrevistas na forma dialogada possa ser interessante para o desenvolvimento de estratégias de memorização, o uso exclusivo dessa técnica (sem anotar os dados principais) não é recomendado para avaliações psicológicas, pelo risco de o avaliador esquecer informações importantes que precisam ser registradas de forma precisa. Alguns supervisores consideram importante o uso da redação também dialogada da interação com o paciente, especialmente no caso do psicodiagnóstico infantil, desde que feita de forma segura, preservando os dados objetivos coletados. Nesse sentido, o avaliador pode (e deve) realizar as anotações sobre o caso durante as sessões de avaliação. Naturalmente, isso deve ser feito de forma discreta, evitando-se interferências no comportamento do avaliando, o que pode ser feito informando o paciente durante o contrato sobre essa prática e que tenderá a se tornar algo corrente, na medida em que o avaliador fizer anotações constantemente.

Supervisão da escrita dos documentos

Os documentos escritos pelo avaliador devem ser lidos pelo supervisor em mais de um momento, para que possa fazer observações e correções que serão lidas pelo aluno, gerando modificações e le-

vando a novas revisões do texto pelo supervisor, na forma de um processo iterativo. Esse é mais um motivo que justifica a escrita das partes que irão compor os documentos decorrentes da avaliação de forma concomitante ao processo de coleta de dados: o supervisor precisa de tempo para ler e fazer comentários explicativos sobre o texto, e não simplesmente reescrevê-lo. Pode ser necessário que o supervisor demonstre como a escrita de um trecho do texto pode ser feita, mas isso não deve ser uma prática corrente, sob pena de o avaliador não desenvolver um estilo próprio de escrita de documentos. Já foi comentada na primeira parte do capítulo a importância de um diálogo crítico entre as partes, em que as sugestões não precisam ser mecanicamente aceitas pelo supervisionando, bem como o supervisor não deve tentar impor um estilo pessoal de escrita.

Acompanhamento da avaliação em sala de espelho

Em instituições que têm salas com espelho unidirecional, pode ser feita a observação da avaliação em tempo real pelo(s) supervisor(es) e pelos colegas de supervisão de um determinado avaliador, desde que o paciente ou os seus responsáveis autorizem o procedimento, preferencialmente também de forma escrita. O(s) supervisor(es) pode(m) optar por fazer intervenções durante a sessão, por meio de um interfone, ou se limitar(em) a assistir a avaliação, dando *feedback* ao avaliador e discutindo os procedimentos após o término do encontro. As modalidades de supervisão que costumam utilizar intervenções verbais durante a avaliação em geral são aquelas que demandam maior atividade do avaliador, como, por exemplo, avaliações com crianças pequenas, que podem implicar intervenções mais diretas durante a hora de jogo diagnóstica, ou casos de crianças com suspeita de transtorno do espectro autista, que exigem a realização de diversos procedimentos na interação.

Utilização de gravações de áudio ou vídeo

Em casos de instituições sem espelho unidirecional, ou para supervisões de avaliações feitas em consultórios particulares, uma opção interessante é a gravação de algumas sessões ou da aplicação de instrumentos específicos por meio de áudio ou vídeo. Assim como no caso do uso do espelho unidirecional, é necessária a anuência e a assinatura de um termo de consentimento específico pelo paciente e/ou por seus responsáveis, autorizando a gravação e o tipo de utilização dos dados: apenas para uso do próprio avaliador e seu supervisor, para correção da aplicação; para apresentação no grupo de supervisão ou para apresentação em sala de aula, em caso de instituições de formação. A gravação de áudio é útil para checar o levantamento da aplicação de instrumentos complexos em que é difícil anotar as respostas, como testes projetivos que envolvem contar histórias, testes de apercepção temática ou testes neuropsicológicos que necessitam de uma aplicação verbal muito específica (com entonação ou pausas em momentos determinados). A gravação em vídeo permite tanto verificar os aspectos mencionados para a gravação em áudio como visualizar comportamentos não verbais do paciente e do avaliador. Alguns aspectos que podem ser observados são a forma com que o avaliador realiza o inquérito – se ele faz pausas na conversação para permitir que o avaliando se expresse espontaneamente ou complemente alguma informação, ou se não tolera o silêncio e sobrecarrega o paciente com questões. Pode-se notar também a forma como o avaliador se expressa – se de maneira mais formal ou excessivamente espontânea.

DIRETRIZES E MODELOS TEÓRICOS DE SUPERVISÃO

Diretrizes para a supervisão clínica em serviços de saúde psicológica

A APA lançou as *Diretrizes para a supervisão clínica em serviços de saúde psicológica* (APA, 2015), que enfatizam que a supervisão é uma competência profissional distinta, desenvolvida com o foco na educação com base em evidências e no treinamento em serviços de saúde psicológica, mas que não tem recebido a devida atenção em relação a sua definição, acompanhamento e avaliação (processual e por competências). A supervisão baseada em competências enfatiza a habilidade dos supervisionandos em aplicar seus conhecimentos e capacidades adquiridas diretamente na prática profissional no mundo real, e promove a avaliação dos supervisionandos com base em seu desempenho (Falender et al., 2004).

Embora as Diretrizes reconheçam a importância da educação interprofissional, o documento se refere apenas à supervisão feita por psicólogos, que devem ser comprometidos com os princípios éticos da profissão, bem como com as leis e regulações referentes à própria prática.

Os supervisores devem aderir a outras diretrizes práticas indicadas pela APA e outras instituições profissionais, que incluem normas a respeito da prática com pacientes lésbicas, *gays* e bissexuais, pessoas com deficiência, mulheres, idosos, e educação, pesquisa e práticas multiculturais (APA, 2003, 2004, 2007, 2012ab).

Em termos gerais, a supervisão prevê competências que priorizam a proteção ao público e secundariamente focam na aquisição de competências e no desenvolvimento profissional do supervisionando. Ela deve ser baseada em teorias e evidências contemporâneas, ocorrendo de forma colaborativa e respeitosa, envolvendo responsabilidades por parte do supervisor e do supervisionando. Também deve considerar fatores profissionais e pessoais, como valores, atitudes, crenças e vieses pessoais, requerendo prática reflexiva e autoavaliação de ambas as partes, por meio de *feedback* bidirecional, devendo incluir a avaliação da aquisição de competências esperadas pelo supervisionando (APA, 2015).

As Diretrizes versam sobre sete domínios: competência do supervisor; diversidade; relacionamentos; profissionalismo; acompanhamento/avaliação/*feedback*; problemas de competência profissional; e considerações éticas, legais e regulatórias. No que se refere à competência do supervisor, é importante lembrar que ele é visto como um modelo pelo supervisionando. O supervisor deverá garantir que este atinja os padrões de competência exigidos para poder avançar aos próximos níveis de certificação, o que, no Brasil, pode significar a conclusão de um estágio obrigatório de graduação ou especialização, levando posteriormente à conclusão do referido curso e ao direito à prática profissional. Esse domínio também ressalta a importância da experiência e do treinamento continuado na prática do supervisor, bem como sugere cautela ao supervisionar temas no qual não tem formação aprofundada.

O domínio competência em diversidade considera essencial que o supervisor desenvolva habilidades para trabalhar com um amplo espectro de dimensões de diversidade (como idade, sexo, identidade de gênero, raça, etnicidade, cultura, descendência, religião, orientação sexual, deficiência, linguagem e nível socioeconômico). É necessário que o supervisor seja sensível também à diversidade dos supervisionandos, dos pacientes e de si próprio, e que discuta ativamente aspectos como viés, preconceito e estereótipos com o grupo de supervisão, inclusive promovendo o contato com a literatura e instituições voltadas para a mudança desses padrões.

O terceiro domínio enfoca a relação de supervisão, que, além de colaborativa, deve discutir e estabelecer claramente quais as responsabilidades e expectativas esperadas para ambas as partes, com metas a serem atingidas de forma gradual e crescente. Há uma tendência internacional relativamente recente de criação de contratos escritos para a relação de supervisão (Smith, Erickson Cornish, & Riva, 2014). O contrato verbal ou escrito deve prever também a revisão periódica do progresso do supervisionando e a efetividade da relação de supervisão, bem como a discussão de temas de conflito ou discordância que surgirem ao longo do processo de supervisão.

O domínio referente ao profissionalismo está ligado diretamente à responsabilidade social da profissão, visando o bem-estar de seu público. Seus componentes incluem integridade/honestidade, responsabilidade pessoal e aderência aos valores e padrões de conduta profissional. A promoção dessa competência se dá tanto pelo exemplo oferecido pelo supervisor, na própria relação com supervisionandos, colegas e pacientes, quanto pela promoção constante de metas e de *feedback* do supervisor em relação à conduta do aluno e ao que seria esperado de sua atuação responsável.

O quinto domínio versa sobre acompanhamento/avaliação/*feedback*, aspecto pouco valorizado na experiência de supervisão. Uma responsabilidade crucial do supervisor é monitorar e fornecer *feedback* a respeito do desempenho do supervisionando. Utiliza-se com maior frequência o autorrelato como fonte de dados para a supervisão. No entanto, a acurácia desses relatos é limitada pela memória e pelos vieses de distorção da recordação por autoproteção, levando à perda de informações clínicas potencialmente importantes. A APA recomenda a observação ao vivo ou por meio de gravações de áudio ou vídeo sempre que possível. A partir dessas observações, o supervisor deve fornecer *feedbacks* claros e específicos, estando consciente de seu impacto para o supervisionando e para a relação de supervisão. *Feedbacks* positivos e corretivos deveriam ser frequentes, tornando o processo de avaliação algo natural e constante. É ressaltada a importância de fornecer *feedbacks* "difíceis", voltados a problemas de competência do supervisionando, de maneira direta e apoiadora. Tal tarefa pode ser facilitada pela consulta entre supervisores sobre a melhor forma de realizar essa avaliação. Os

supervisores também devem reconhecer o valor da autoavaliação dos supervisionandos, bem como considerar a avaliação deles sobre o seu trabalho.

Os problemas significativos de competência profissional dos supervisionandos (sexto domínio) não são frequentes, mas ocorrem e devem ser abordados de forma direta. O supervisor deve identificar os problemas em potencial e esclarecer a conduta a ser tomada em um período hábil para a modificação do comportamento. Entretanto, é importante lembrar que, em casos de problemas já instalados, deve-se privilegiar a proteção do bem-estar dos pacientes em detrimento à formação do supervisionando. Da mesma forma, os supervisores precisam estar conscientes de sua responsabilidade em relação à formação profissional do supervisionando, tomando as ações éticas apropriadas em resposta aos seus problemas de desempenho.

Por fim, o sétimo domínio das Diretrizes concerne aos aspectos éticos, legais e regulatórios da prática profissional do supervisor e do exercício da supervisão, visando à sua função principal, a proteção ao público. O papel do supervisor compreende também a garantia de verificação das condições do supervisionando para ingressar e permanecer na área de trabalho para a qual está sendo treinado. As ações a serem tomadas em caso de falhas graves que impeçam o aluno de exercer a profissão ou função devem ser tomadas em conjunto com as instituições acadêmicas responsáveis por sua formação. Os casos de má conduta ou de falta de competências mínimas são mais um motivo que justifica a adoção de contratos escritos de supervisão (Smith et al., 2014).

O uso de modelos teóricos de supervisão

Uma revisão sistemática sobre o uso de modelos teóricos em pesquisas sobre o desenvolvimento de supervisores em psicologia (Barker & Hunsley, 2013) revelou que os estudos raramente empregam o uso de teorias sobre o tema e, quando o fazem, utilizam o Supervisor Complexity Model (Watkins, 1993), possivelmente por ser a única teoria associada a uma medida de avaliação – a Psychotherapy Supervisor Development Scale (Watkins, Schneider, Haynes, & Nieberding, 1995). Os modelos teóricos relacionados ao desenvolvimento de supervisores ou ao processo de supervisão em geral se encaixam em três categorias: baseados em abordagens psicoterapêuticas, em modelos desenvolvimentais e em processos (Barker, 2014). Revisões sistemáticas (Ellis et al., 1996; Watkins, 2012) apontam para a falta de embasamento conceitual e de rigor metodológico para a maioria dos modelos.

Contrastando com os modelos voltados para o desenvolvimento do supervisionando, são conhecidos apenas quatro dirigidos ao desenvolvimento de supervisores (Barker, 2014): Hess (1987), Stoltenberg and Delworth's Integrated Development Model (Stoltenberg, McNeil, & Crethar, 1994), Watkins' Supervisor Complexity Model (Watkins, 1993) e Rodenhauser's Multidimensional Model (Rodenhauser, 1994). Existem várias semelhanças entre esses modelos. Todos propõem que os supervisores iniciam o processo em um estado de incerteza, insegurança e inexperiência, e que, a cada etapa do desenvolvimento, progridem em um aspecto profissional central, que é fruto de tempo, experiência e esforço. Por fim, os modelos consideram que o supervisor forma uma identidade em sua função, atingindo, no último estágio, competência em seu papel.

Os quatro modelos, segundo White (1998), reconhecem a importância de: (1) processos interpessoais na relação de supervisão; (2) necessidades do supervisionando; (3) resposta flexível do supervisor a essas necessidades; (4) um nível ótimo de uso da estrutura na supervisão; (5) autopercepção acurada do supervisor sobre sua própria competência; (6) identificação profissional com seu papel; (7) conhecimento e aplicação de teorias e técnicas em supervisão; (8) consciência e resposta apropriada à própria ansiedade. Barker (2014) considera que também existem semelhanças entre os modelos no que se refere ao fato de não especificarem como um supervisor progride de um estágio de desenvolvimento ao outro, bem como não especificam que fatores podem influenciar a velocidade ou a qualidade do desenvolvimento do supervisor.

Barker (2014), em uma metanálise sobre o impacto da experiência e do treinamento em supervisão nos desfechos de desenvolvimento e de autoeficácia de supervisores clínicos, encontrou que ambos os fatores são substanciais e, de forma geral, não diferem significativamente entre si. Considerando os moderadores dessa relação, foi observado que o treinamento se tornava mais importante para supervisores jovens do que para supervisores de mais idade. Isso porque, possivelmente com o aumento da idade, os supervisores também têm um acréscimo em termos de experiência prática, o que pode tornar o treinamento

menos relevante para a aquisição de desenvolvimento e autoeficácia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falender e colaboradores (2004) destacam que a supervisão é um domínio profissional conduzido por muitos psicólogos, mas cujo treinamento formal e cujas normas de padronização são largamente negligenciados. Essa conclusão se faz ainda mais pertinente no contexto da supervisão em psicodiagnóstico no Brasil. Ainda assim, é preciso valorizar iniciativas de instituições como a APA (2015) e o Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica ([IBAP], 2012) ao propor diretrizes para a prática de ensino em avaliação psicológica e em supervisão clínica em serviços de saúde psicológica, respectivamente. As pesquisas sobre o tema também vêm se tornando mais frequentes, o que traz um reconhecimento, embora ainda incipiente, da importância da supervisão para a formação dos profissionais e do desenvolvimento dos supervisores para o exercício de sua função. Espera-se que este capítulo contribua para a promoção de conhecimento de supervisionandos e supervisores acerca de estratégias, conceitos teóricos e características pessoais e de relacionamento envolvidos no ensino e na prática do psicodiagnóstico.

REFERÊNCIAS

American Psychological Association (APA). (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist, 58*(5), 377-402.

American Psychological Association (APA). (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist, 59*(4), 236-260.

American Psychological Association (APA). (2007). Guidelines for psychological practice with girls and women. *American Psychologist, 62*(9), 949-979.

American Psychological Association (APA). (2012a). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay and bisexual clients. *American Psychologist, 67*(1), 10-42.

American Psychological Association (APA). (2012b). Guidelines for assessment of and Intervention with persons with disabilities. *American Psychologist, 67*(1), 43-62.

American Psychological Association (APA). (2015). Guidelines for clinical supervision in health service psychology. *American Psychologist, 70*(1), 33-46.

Barker, K., & Hunsley, J. (2013). The use of theoretical models in psychology supervisor development research from 1994 to 2010: A systematic review. *Canadian Psychology, 54*, 176-185.

Barker, K. (2014). *The development of the clinical supervisor: An examination of theories, contributing factors, and measures* (Tese de doutorado não publicada, University of Ottawa, Canada).

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2003). *Resolução CFP nº 007/2003*. Institui o manual de elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP nº 17/2002. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf

Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Ellis, M. V., Ladany, N., Krengel, M., & Schult, D. (1996). Clinical supervision research from 1981 to 1993: A methodological critique. *Journal of Counseling Psychology, 43*(1), 35-50.

Falender, C. A., Cornish, J. A., Goodyear, R., Hatcher, R., Kaslow, N. J., Leventhal, G., ... Grus, C. (2004). Defining competencies in psychology supervision: A consensus statement. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 771-785.

Hess, A. K. (1987). Psychotherapy supervision: Stages, Buber, and a theory of relationship. *Professional Psychology: Research and Practice, 18*, 251-259.

Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP). (2012). Diretrizes do ensino de avaliação psicológica: 2012. Recuperado de http://ibapnet.org.br/?cd=42&titulo=diretrizes_do_ensino_de_avaliacao_psicologica_-_2012

Ladany, N. (2014). The ingredients of supervisor failure. *Journal of Clinical Psychology, 70*(11), 1094-1103.

Loureiro, S. R., & Romaro, R. A. (1987). A avaliação psicológica: Reflexões sobre a supervisão na prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 4*, 39-47.

Milne, D. L. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology, 46*, 437-447.

Nunes, M. F. O., Muniz, M., Reppold, C. T., Faiad, C., Bueno, J. M. H., & Noronha, A. P. P. (2012). Diretrizes para o ensino de avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica, 11*(2), 309-316.

Oliveira-Monteiro, N. R. E., & Nunes, M. L. T. (2008). Supervisor de psicologia clínica: Um professor idealizado? *Psico, 13*(2), 287-296.

Peixoto, A. C. A., Silvares, E. F. M., Rocha, M. M., Monteiro, N. C. O, & Pereira, R. F. (2014). A Percepção de estagiários em diferentes IES do Brasil sobre a supervisão. *Psicologia: Ciência e Profissão, 34*(3), 528-539.

Rodenhauser, P. (1994). Toward a multidimensional model for psychotherapy supervision based on developmental stages. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 3*, 1-15.

Saraiva, L. A.; & Nunes, M. L. T. (2007). A supervisão na formação do analista e do psicoterapeuta psicanalítico. *Estudos de Psicologia, 12*(3), 259-268.

Sei, M. B., & Paiva, M. L. S. C. (2011). Grupo de supervisão em Psicologia e a função de holding do supervisor. *Psicologia Ensino & Formação, 2*(1), 9-20.

Smith, R. D., Erickson Cornish, J. A., & Riva, M. T. (2014). Contracting for group supervision. *Training and Education in Professional Psychology, 8*(4), 236-240.

Stoltenberg, C. D., McNeil, B. W., & Crethar, H. C. (1994). Changes in supervision as counselors and therapists gain experience: A review. *Professional Psychology: Research and Practice, 25*(4), 416-449.

Watkins, C. E., Jr. (1993). Development of the psychotherapy supervisor: Concepts, assumptions, and hypotheses of the supervisor complexity model. *American Journal of Psychotherapy, 47*, 58-74.

Watkins, C. E., Jr. (2012). Development of the psychotherapy supervisor: Review of and reflections on 30 Years of theory and research. *American Journal of Psychotherapy, 66*(1), 45-83.

Watkins, C. E., Jr., Schneider, L. J., Haynes, J., & Nieberding, R. (1995). Measuring psychotherapy supervisor development: An initial effort at scale development and validation. *The Clinical Supervisor, 13*, 77-90.

White, K. E. (1998). *Becoming a supervisor: An intensive study of the early development of clinical supervisors* (Tese de doutorado não publicada, University of Manitoba, Ottawa).

Parte 2

ESPECIFICIDADES DO PSICODIAGNÓSTICO DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E IDOSOS

17

ENTREVISTA COM PAIS E DEMAIS FONTES DE INFORMAÇÃO

Claudia Hofheinz Giacomoni
Cláudia de Moraes Bandeira

No processo psicodiagnóstico de crianças ou adolescentes, a coleta de informações divide-se em duas modalidades principais: autorrelato e heterorrelato. Cada metodologia tem vantagens e desvantagens. O autorrelato ocorre quando a própria criança fornece as informações. Para isso, pode-se utilizar entrevistas, desenhos, questionários, escalas ou narrativas (Cohen, Swerdlik, & Sturman, 2014). O uso de testes, como o WISC, e de técnicas, como o Teste da Casa-Árvore-Pessoa (HTP), o Teste de Desenho da Figura Humana (DFH) e o Teste de Apercepção Infantil – figuras de animais (CAT-A), tem sido adotado por psicólogos brasileiros (Noronha, Beraldo, & Oliveira, 2003) no processo de investigação do psicodiagnóstico. A vantagem de coletar informações das próprias crianças é a possibilidade de acessar diretamente a sua percepção sobre o que está acontecendo. As desvantagens encontram-se na possível limitação de dados decorrentes da falta de conhecimento que a criança tem sobre sua condição. Já no heterorrelato, a coleta das informações ocorre principalmente por meio dos pais e de outros membros da família, professores, médicos, fonoaudiólogos, etc. Assim como no autorrelato, as informações decorrentes do heterorrelato podem ser imprecisas, ou até mesmo parciais. Por isso, é importante considerar a possibilidade de se obter e integrar informações de diversas fontes. O uso de múltiplos respondentes pode resultar em um conhecimento mais completo da criança ou do adolescente. Diferentes informantes podem contribuir com informações únicas (Klimusová, Burešová, & Čermák, 2014). Enquanto algumas informações serão confirmadas no relato obtido a partir das diferentes fontes, outras poderão ser contraditórias, necessitando maior esclarecimento (Cunha, 2005; Wechsler, Nakano, Nunes, & Minervino, 2010). Os pais podem não ter conhecimento de sintomas ou de problemas de comportamento, e sua percepção sobre o que ocorre com a criança pode ser limitada em diferentes aspectos. Além disso, o comportamento da criança varia em diferentes contextos, com diferentes pessoas. Alguns problemas podem não se manifestar em determinadas situações, ocorrendo apenas em casa, ou apenas na escola (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1997; Klimusová et al., 2014). Assim, coletar dados de uma única fonte não garante as informações necessárias para a realização de uma avaliação completa e consistente.

Os relatos de diversas fontes diferem, pois alguns informantes podem fornecer dados melhores do que outros no que se refere a aspectos específicos do comportamento ou aos sintomas apresentados pela criança. O índice de correlação encontrado entre diferentes informantes tem sido de baixo a moderado (Achenbach et al., 1987; Borsa & Nunes, 2008; Schneider & Byrne, 1989), o que contribui para a busca de informações em fontes variadas.

De maneira geral, os pais podem fornecer informações sobre o desenvolvimento físico, emocional e social da criança, e sobre os sintomas apresentados quanto ao início, à duração e aos

prejuízos decorrentes. É possível que os pais tenham uma percepção exagerada em relação aos sintomas dos filhos, ou que tentem minimizar o problema. Os professores podem fornecer informações obtidas a partir das observações da criança em ambiente escolar, como seu padrão de relacionamento e de interação com outras crianças. Os professores geralmente são mais objetivos em seus relatos. Já os médicos auxiliam com informações de história médica nas diferentes fases do desenvolvimento.

Nos processos de avaliação psicológica clínica de crianças e adolescentes, a entrevista com os pais é etapa fundamental. Neste capítulo, serão exploradas questões inerentes à entrevista com os pais e outras possíveis fontes de informação, com destaque para professores e membros da equipe escolar e outros profissionais da área da saúde, em especial, fonoaudiólogos, pediatras e neurologistas.

ENTREVISTANDO OS PAIS

Independentemente da fonte, o *rapport* é uma etapa importante no processo de avaliação psicológica. O seu bom estabelecimento permite que tanto a criança quanto a família percebam o psicólogo como um cuidador, uma pessoa interessada, competente e confiável. O psicólogo, por sua vez, demonstra respeito positivo, sinceridade e empatia (Otero, 2001). O *rapport* combina componentes emocionais e intelectuais, e pode ser entendido como um sentimento de confiança mútua e de harmonia, caracterizando um bom relacionamento. É uma relação harmoniosa, tranquila e serena, determinada e significada pela empatia. Trata-se de uma relação cordial, afetuosa, de confiança, de apreço e de respeito mútuo, ou seja, uma relação eminentemente humana. É condição necessária para o sucesso do processo psicodiagnóstico.

O psicodiagnóstico pode gerar ansiedade, principalmente para os pais. O fato de ter o filho avaliado pode remeter à investigação, à intrusão e a um possível diagnóstico. A possibilidade de lidar com as dificuldades do filho pode gerar nos pais a sensação de não terem cumprido a sua tarefa da melhor maneira. Assim, é de se esperar que eles cheguem à primeira consulta com muitas fantasias. Por isso, é tão importante que a entrevista seja um momento em que também possam esclarecer suas dúvidas em relação ao que a criança fará ao longo do processo. É necessário que fiquem claros os objetivos, os procedimentos, as vantagens e as limitações, para que suas expectativas sejam as mais realistas possíveis. Quando sabem o que esperar, os pais tornam-se mais participativos e colaborativos.

Na entrevista com os pais, é importante coletar dados relativos ao desenvolvimento físico, emocional e social da criança e do adolescente. Sugerimos recorrer ao uso da anamnese, uma entrevista mais estruturada que possibilita a investigação de aspectos importantes do desenvolvimento (ver Cap. 7 para mais informações). Nela, objetiva-se o maior número de informações possível, a fim de auxiliar o processo. Na história do problema atual, busca-se a descrição de como os pais percebem o problema atual de seu filho, o início e a duração dos sintomas, as intervenções realizadas, as avaliações prévias e sua percepção sobre os efeitos do problema para o filho. Devem ser investigados aspectos relativos ao período pré-gestacional, como os motivos e desejos de ter filhos, a escolha ou não de engravidar, as dificuldades encontradas na concepção, os sonhos e as expectativas em relação à gravidez e aos filhos e a reação do casal e da família diante da notícia da gravidez. É importante investigar como se desenvolveu a gravidez, informando os medos, os sintomas físicos e emocionais, e as possíveis mudanças que ocorreram com o casal nesse período. Em relação ao parto, é pertinente verificar como foi o processo de nascimento – se parto normal ou cesariana –, qual foi o Apgar, e possíveis complicações após o nascimento. Do período pós-parto, cabe investigar como foram os primeiros momentos da família com o novo membro.

Nas diferentes fases do desenvolvimento da criança, é importante investigar a percepção dos pais quanto à história médica, como acidentes e machucados, infecções de ouvido e garganta, doenças mais graves, condições neurológicas, condições congênitas e genéticas, visão e audição, que posteriormente podem ser checadas com o pediatra. É necessário investigar a aquisição dos marcos relacionados à idade, como desenvolvimento motor, linguagem e treinamento dos esfíncteres. Quanto à história escolar, deve-se investigar as experiências pré-escolares até o presente, o rendimento escolar, o nível geral de conhecimento, pontos fortes e fracos.

Ao investigar a história social e emocional, o comportamento e a personalidade, é importante averiguar como era o temperamento do paciente quando bebê e criança pequena, como foi o

desenvolvimento das brincadeiras e jogos, as amizades, o relacionamento com os familiares e a agressividade na infância. Já sobre a adolescência, é importante verificar o desenvolvimento do interesse sexual, namoro e sexualidade, principais atividades, uso de drogas e álcool, relacionamentos familiares, autoconceito, objetivos e aspirações.

Da história familiar, é relevante a coleta de informações como história do casal, casamentos anteriores, número de filhos, idade, educação e ocupação. Em relação aos irmãos, cabe verificar as idades, possíveis problemas de comportamento e as histórias escolar, médica, genética, desenvolvimental e psicológica. Para finalizar, deve-se investigar as expectativas da família em relação ao processo de avaliação.

Uma sugestão de como coletar informações significativas sobre o período atual da criança é solicitar aos pais que relatem um dia da semana do filho, de forma minuciosa, desde o despertar até o adormecer. Além disso, relatos de um fim de semana e do dia de aniversário fornecem informações preciosas sobre a dinâmica familiar e o lugar da criança na família extensiva.

Geralmente a entrevista com os pais é a primeira a acontecer, já que são eles que buscam o tratamento. É importante que se mantenha contato com ambos os pais, o que nem sempre ocorre, em especial quando são separados. Nesse caso, pode-se fazer contato com os dois juntos ou separadamente. O que determinará isso é a relação que o casal mantém após a separação, o que também dirá muito sobre seu relacionamento com o filho.

O contrato de trabalho, assim como no tratamento psicológico, deve ser discutido na primeira entrevista com os pais. É importante que o psicólogo possa esclarecer de que maneira o psicodiagnóstico pode ajudar a criança. Também se deve deixar claro o que a avaliação pode e não pode fornecer em termos de informação sobre o funcionamento da criança. Os honorários, o tempo durante o qual o processo vai se estender, quem irá participar e de que forma também devem ser discutidos na primeira sessão, que deve servir, ainda, para revisar o conceito de confidencialidade e seus limites.

FERRAMENTAS AUXILIARES

No Brasil existem poucos instrumentos específicos para auxiliar no diagnóstico infantil a partir do relato de pais, professores e outros profissionais da saúde. Destaca-se a Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Benczik, 2000), publicada pela Casa do Psicólogo. É um instrumento que avalia sintomas comportamentais do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em situação escolar, tendo o professor como fonte de informação. Sua finalidade é subsidiar a avaliação psicológica e o processo psicodiagnóstico de crianças entre 6 e 17 anos de idade. Essa escala é utilizada para avaliar a desatenção e a hiperatividade (sintomas primários), os problemas de aprendizagem e o comportamento antissocial (sintomas secundários), e também para monitorar os efeitos das intervenções (psicológica, psicopedagógica e medicamentosa) na escola.

Outro instrumento muito utilizado mundialmente como fonte de dados a partir do relato de pais e/ou responsáveis por crianças e adolescentes (com idades entre 6 e 18 anos) é o Child Behavior Checklist (CBCL), de Achenbach (2001), adaptado por Bordin, Mari e Caeiro (1995). O CBCL obtém impressões sobre os problemas de comportamento apresentados pelo paciente. É um instrumento composto de 138 itens, utilizado para que pais, mães ou cuidadores forneçam respostas referentes aos aspectos sociais e comportamentais da criança ou adolescente.

Encontramos na literatura alguns livros psicoeducativos específicos para a utilização com pais e crianças em sua preparação para o atendimento clínico. O livro *Preciso de um psicodiagnóstico. E agora?*, de Wainstein e Bandeira (2015), auxilia pais e crianças a entender o que é um processo de psicodiagnóstico e como ele funciona. Com linguagem acessível e ilustrações sobre o processo, pode ser trabalhado de forma conjunta com pais, crianças e terapeutas. Outra referência encontrada é o livro *Por que vou à terapia? Crianças entendendo a terapia cognitivo-comportamental*, de Caminha e Tisser (2014), que tem como objetivo educar o público infantil e suas famílias que iniciam psicoterapia sobre dúvidas, questões e curiosidades relacionadas ao processo terapêutico.

ENTREVISTANDO O PROFESSOR, A EQUIPE TÉCNICA ESCOLAR E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O contato do psicólogo com professores, membros de equipes psicopedagógicas e de orientação es-

colar e profissionais da área da saúde pode ser necessário em muitos casos de atendimentos a crianças e adolescentes. É comum o encaminhamento de pacientes pela escola, por pediatras, neurologistas e fonoaudiólogos.

No ambiente escolar, a entrevista com o professor ou com o encarregado do setor de orientação educacional pode fornecer dados do paciente relativos à adaptação e ao desempenho escolar, e ao relacionamento com colegas e professores. O professor tem uma boa ideia do desenvolvimento comparativo entre as crianças, e essa informação pode ser muito relevante para o processo de avaliação. Além disso, interessa conhecer sua visão em relação à família e aos pais. Informações sobre como a família lida com os afetos, a ansiedade, a segurança e a rigidez podem ser obtidas. Após o processo de psicodiagnóstico, pode ser pertinente orientar o professor sobre como manejar a situação do paciente.

No entanto, é importante ressaltar que qualquer contato com outros profissionais deve ser informado primeiramente à família e ao paciente. É recomendável a anuência e a autorização dos pais para tal contato. Somente deve-se dar seguimento aos encontros após a consolidação de vínculo e aliança com eles. Depois de avaliado o paciente e de confirmada a necessidade de contato com outros profissionais, seja da área da educação ou da saúde, é fundamental que a família e o paciente (crianças ou adolescentes) sejam consultados sobre essa necessidade. Deve-se ter esse cuidado a fim de que o vínculo já estabelecido não seja prejudicado. Muitas famílias sentem-se ameaçadas pela possível exposição de queixas, sintomas ou possíveis diagnósticos de seus membros.

Em alguns casos de atendimento infantil, as informações fornecidas por professores são muito valiosas, com destaque para as manifestações comportamentais da criança no ambiente escolar, suas inter-relações sociais, habilidades cognitivas e características positivas. Professores de idade escolar básica e fundamental costumam fazer reuniões frequentes com os pais das crianças, a fim de colocar as famílias a par do desenvolvimento escolar de seus filhos. Em casos mais específicos, a orientadora educacional e a coordenação pedagógica podem participar.

Outro cuidado que se deve ter é quanto ao contato direto com a escola, sem aviso à família do paciente. São frequentes relatos de psicólogos contatados diretamente pela escola. Nesses casos, deve-se comunicar a família imediatamente, antes de dar um retorno para a escola. Muitos pais, ao serem informados, mostram-se muito irritados e contrariados com o fato. Deve-se, então, reforçar que eles e a criança são o cliente e esclarecer isso para a escola. Um dos motivos é por ser comum que se questione, tanto em entrevistas de início de ano com a família quanto em fichas de dados de identificação, se a criança passa por algum atendimento especializado, como psicoterapia ou fonoterapia. Muitos pais fazem a indicação do atendimento identificando o profissional que está trabalhando com a criança.

Em casos de crianças em avaliação psicológica ou mesmo atendimento psicoterápico com diagnóstico de transtornos da aprendizagem ou TDAH, o contato com os professores e com a equipe pedagógica mostra-se fundamental. O acesso aos seus relatos, bem como ao material pedagógico e produzido pela criança, auxilia muito no diagnóstico e, posteriormente, no encaminhamento do caso. Tornam-se, então, muito importantes as orientações para professores e equipes escolares quanto à condução do caso.

Já em situações clínicas em que exista algum diagnóstico de doença orgânica ou de desenvolvimento atípico, pode ser necessária a realização de encontros com vários profissionais. Tais momentos são significativos para o consenso de possíveis diagnósticos e para o estabelecimento conjunto de metas de atendimento e procedimentos. Em casos de pacientes que fazem uso de medicação continuada, o contato deve ser realizado com psiquiatras, pediatras e neurologistas. Os profissionais da medicina, em alguns casos clínicos, são fundamentais para parcerias de manutenção da adesão da criança e de sua família aos tratamentos (clínico e psicoterápico).

Percebe-se um aumento dos atendimentos multidisciplinares nas áreas da saúde. É cada vez mais comum que o acompanhamento do paciente seja realizado por vários profissionais. A troca de informações e o alinhamento de condutas clínicas são muito importantes para a evolução do caso.

Integrar os resultados de múltiplas fontes é uma habilidade clínica a ser desenvolvida. Pode ser necessário explicar possíveis discrepâncias entre as informações geradas, por exemplo, pelo professor e pelos pais. Essas possíveis discrepâncias devem ser investigadas, pois podem gerar informações valiosas sobre a problemática em questão. É importante reconhecer as contribuições e as limitações de qualquer fonte.

REFERÊNCIAS

Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the child behavior checklist/6-18 and 2001 profile*. Burlington: University of Vermont.

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychology Bulletin, 101*(2), 213-232.

Benczik, E. B. P. (2000). *Manual da escala de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência): Dados preliminares. *Revista ABP-APAL, 17*(2), 55-66.

Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2008). *Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. Paidéia, 18*(40), 317-330.

Caminha, M. G., & Tisser, L. A. (2014). *Por que vou à terapia? Crianças entendendo a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Sinopsys.

Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. D. (2014). *Testagem e avaliação psicológica: Introdução a testes e medidas*. Porto Alegre: AMGH.

Cunha, J. A. C. (2005). *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Noronha, A. P. P., Beraldo, F. N. M., & Oliveira, K. L. (2003). Instrumentos psicológicos mais conhecidos e utilizados por estudantes e profissionais de psicologia. *Psicologia Escolar e Educacional, 7*(1), 47-56.

Otero, V. R. L. (2001). A relação terapêutica e a morte anunciada: Quem sobrevive? In H. J. Guilhardi, *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade*. São Paulo: ESETec.

Klimusová, H., Burešová, L., & Čermák, I. (2014). Cross-informant agreement and teacher nomination technique in the assessment of children behavior problems. In C. Pracana (Ed.), *Psychology applications & developments*. Lisboa: InScience.

Schneider, B. H., & Byrne, B. M. (1989). Parents rating children's social behavior: How focused the lens? *Journal of Clinical Child Psychology, 18*(3), 237-241.

Wainstein, E. Z., & Bandeira, D. R. (2013). *Preciso de um psicodiagnóstico. E agora?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wechsler, S. M., Nakano, T. C., Nunes, M. F. O., & Minervino, C. A. S. M. (2010). Avaliação cognitiva de crianças e jovens: Aspectos multidimensionais. In C. H. Hutz (Org.), *Avanços em avaliação psicológica e neuropsicológica de crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

18

CRITÉRIOS DE ANÁLISE DO BRINCAR INFANTIL NA ENTREVISTA LÚDICA DIAGNÓSTICA

Jefferson Silva Krug
Denise Ruschel Bandeira

Um importante questionamento para o campo da avaliação clínica de crianças diz respeito aos critérios de análise do brincar infantil utilizados na entrevista lúdica diagnóstica. Pode-se dizer que a maior dificuldade existente na realização desse tipo de entrevista reside em sua avaliação, por não ser um processo estruturado e se tratar de um material clínico não sistematizado, que depende da experiência clínica, da capacidade de interpretação e observação, bem como da experiência do psicólogo.

Outro aspecto a ser considerado é que a diversidade de orientações quanto aos critérios de análise do brincar infantil reflete, consequentemente, nos processos formativos em psicologia. Como já lembrava Kornblit (1979/2009), profissionais experientes, que geralmente chegam a conclusões semelhantes ante um mesmo material clínico, mostram certa dificuldade para transmitir aos estudantes seus conhecimentos sobre como compreender a comunicação da criança. A dificuldade para sistematizar os caminhos pelos quais se tornou possível alcançar tais conclusões faz parte da realidade do processo de ensino e aprendizagem da técnica da entrevista lúdica diagnóstica. Por isso, é comum haver muitas dúvidas no entendimento do material do jogo por parte dos psicólogos que iniciam nessa prática.

Além desses aspectos, é possível constatar, na prática da avaliação clínica de crianças, a influência de novas concepções teóricas e de técnicas vigentes na psicanálise contemporânea. Os psicólogos já não se restringem a trabalhar com os aportes teóricos e técnicos que fundamentaram a escrita dos principais manuais de psicodiagnóstico existentes em nosso país até o início dos anos 2000 (claramente influenciados pelos trabalhos de Melanie Klein, Anna Freud e Arminda Aberastury). Constata-se que outros pensadores (como Donald Winnicott, Wilfred Bion e Antonino Ferro) passaram a exercer uma importância ainda não publicada nesse tipo de atividade profissional do psicólogo, o que foi alvo de pesquisa (Krug, 2014) e fundamentou a nova proposta de critérios de análise da entrevista lúdica diagnóstica aqui apresentada.

PROPOSTAS ENCONTRADAS NA LITERATURA

A investigação presente na literatura sobre os critérios de avaliação da entrevista lúdica diagnóstica possibilita concluir que não há uma padronização quanto à tarefa de análise da hora do jogo diagnóstica, o que a torna de difícil interpretação e, muitas vezes, pouco aproveitada (Efron, Frainberg, Kleiner, Sigal, & Woscoboinik, 1979/2009). Isso tem levado alguns estudiosos a afirmar que os indicadores sugeridos pela literatura merecem ser investigados com mais atenção por meio de pesquisas científicas (Affonso, 2011a; Kornblit, 1979/2009).

Entre os principais critérios de avaliação citados em textos psicanalíticos clássicos, encontram-se os padrões de relação objetal contidos nos enredos das brincadeiras e na relação trans-

ferencial (Klein, 1932/1981), as fantasias de análise de cura e doença (Aberastury, 1962/1986), assim como os mecanismos de defesa (Freud, 1936/1986) e a contratransferência (Winnicott, 1947/2000). Esses aspectos seriam passíveis de observação com o uso de indicadores relacionados à expressão das ações da criança na entrevista. Assim, o jogo, a brincadeira e o desenho seriam formas de comunicar o que está no inconsciente.

Nessa perspectiva psicanalítica, propõe-se que os fenômenos psíquicos possam ser observados e analisados tanto no acontecimento lúdico como na maneira como a criança utiliza os materiais. Nesse sentido, diversos autores buscaram sistematizar formas de analisar os fenômenos observados durante a entrevista.

Há alguns anos, S. I. Greenspan e Greenspan (1993) propuseram princípios de estruturação da observação sistemática da criança visando definir com mais clareza critérios de análise do brincar infantil. Em sua proposta, os autores descrevem sete categorias de observação que avaliam níveis gerais de organização da criança em relação a diferentes dimensões do desenvolvimento (Quadro 18.1). Em cada uma das categorias, deve-se atentar para a descrição detalhada do comportamento observável e para a adequação desse comportamento à idade da criança.

O primeiro critério utilizado pelos autores (desenvolvimento físico e neurológico) busca determinar a necessidade ou não de uma investigação neurológica. A segunda categoria de análise (humor) resulta de um julgamento integrado, baseado na aparência, no comportamento e no contexto da fala da criança. O terceiro indicador (capacidade para relacionamentos humanos) sugere atenção ao modo como a criança se relaciona com o avaliador e com as demais pessoas que possam estar em contato com ela durante a entrevista, visando uma impressão sobre o nível de complexidade e sobre o estado organizacional que a criança traz à negociação do relacionamento. A avaliação de afetos e ansiedades permitiria, por sua vez, conhecer os temas de maior dificuldade de elaboração e as formas defensivas utilizadas pela criança. O quinto aspecto a ser considerado (uso do ambiente) forneceria impressões sobre a capacidade de integração de ego do paciente. O critério chamado desenvolvimento temático apontaria o modo como a criança desenvolve temas em termos de profundidade, riqueza, organização, relevância à idade e sequência. Esses aspectos indicariam muito sobre sua estrutura de caráter, assim como sobre os conflitos vividos por ela. Por fim, o último critério (reações subjetivas do avaliador) permitiria maior detalhamento diagnóstico a partir da reflexão de sentimentos e fantasias experimentadas pelo avaliador durante a entrevista (S. I. Greenspan & Greenspan, 1993).

Em outra tentativa de sistematizar a análise da entrevista lúdica, dessa vez para um enfoque psicoterapêutico, Kernberg, Chazan e Normandin (1998) propuseram o Children's Play Therapy Instrument (CPTI). Segundo as autoras, esse instrumento se caracteriza como uma medida compreensiva das atividades de jogo de crianças na psicoterapia individual, baseado em três diferentes níveis de análise (subescalas): segmentação da atividade da criança; análise dimensional da atividade de jogo; e padrão de atividade da criança ao longo do tempo. Essas subescalas poderiam ser utilizadas de forma separada ou em conjunto, de acordo com os objetivos do avaliador. O Quadro 18.2 sistematiza os critérios adotados por esse instrumento.

A análise da segmentação da atividade da criança indicaria a necessidade de observar se ela se envolve na atividade lúdica de forma espontânea (jogo ativo) ou apenas prepara o cenário da brincadeira (pré-atividade lúdica). Além disso, são analisados indícios considerados patológicos – como um jogo compulsivo, triste, monótono, não recíproco e sem qualquer senso de resolução –, e também a ausência de atividade lúdica e a interrupção dessa atividade, definida como qualquer interrupção brusca em uma brincadeira (Kernberg et al., 1998).

A análise dimensional da CTPI usa três parâmetros distintos: descritivo, estrutural e adaptativo. O parâmetro descritivo inclui, entre outros aspectos, a avaliação da atividade motora, a iniciativa do jogo da criança, a interação com o terapeuta e o domínio do corpo (autoesfera), de pequenos brinquedos (microesfera) e dos arredores (macroesfera). O parâmetro estrutural compreende a análise dos componentes afetivos (modulação afetiva, afetos expressos durante o jogo e tom afetivo do terapeuta), cognitivos (representação de papéis, estabilidade da representação, uso de objetos de jogo e estilo de representações de papéis), dinâmicos (tópicos e temas da atividade lúdica, nível e qualidade de relacionamentos retratados dentro da atividade lúdica e linguagem) e desenvolvimentais (nível de desenvolvimento do jogo estimado, identidade de gêne-

QUADRO 18.1
Critérios de análise da entrevista lúdica diagnóstica utilizados por S. I. Greenspan e Greenspan (1993)

1. Desenvolvimento físico e neurológico
   - Coordenação geral (postura, marcha, equilíbrio, coordenação motora fina e grossa, tenacidade dos membros)
   - Qualidade e tom da voz
   - Reações às sensações e dificuldade para processá-las (dificuldades para ouvir, para ver, de tato)
   - Bem-estar físico geral (altura, peso, tonalidade da pele e saúde geral)
   - Nível de atividade (no início e durante a entrevista)
2. Humor (tom emocional geral)
   - Evolução do humor ao longo da sessão
   - Discrepância entre o tema abordado e o sentimento expresso (expressão facial)
   - Conteúdo da entrevista
   - Sentimento subjetivo do avaliador
3. Capacidade para relacionamentos humanos
   - Indicadores gestuais (contato visual, ato de apontar, sons ou vocalizações simples, expressões faciais, gestos motores, diferentes expressões sutis de afeto, etc.)
   - Modo como se relaciona com o avaliador
   - Modo como se relaciona com outras pessoas (família, sala de espera, etc.)
   - Qualidade de vinculação e relacionamento
   - Grau de calor humano e profundidade de vinculação
   - Capacidade para representar e simbolizar a experiência (usar palavras e jogos de faz de conta para negociar a relação com o entrevistador)
   - Capacidade para negociar baseada na lógica (perguntar se pode realizar algo)
4. Afetos e ansiedades
   - Estados afetivos nas várias etapas da sessão (início, meio, fim)
   - Estados afetivos nos vários temas abordados (dependência, agressão, curiosidade, competição, inveja, excitação, etc.)
   - Capacidade de uso de símbolos e de representações de afetos
   - Riqueza e profundidade dos afetos (superficiais, intensos, etc.)
   - Estabilidade dos afetos
   - Perturbação súbita no desenvolvimento de um tema (ansiedade)
   - Natureza da ansiedade (medo de danos corporais, de separação, etc.)
   - Sequência dos temas
   - Mudança nos níveis representacionais (mais e menos evoluídos)
5. Uso do ambiente (na sala de espera e na sala de jogos)
   - Capacidade de integração de toda a sala
6. Desenvolvimento temático
   - Organização temática (presença ou ausência de elos lógicos entre os temas)
   - Riqueza e profundidade temática (grau em que a criança pode desenvolver uma história antes de encontrar restrições ou bloqueios que impeçam seu desdobramento)
   - Sequência temática (natureza das preocupações da criança, níveis desenvolvimentais dos conflitos nucleares e defesas usadas)
   - Pertinência dos temas apropriados à idade (nível etário a partir do qual os conflitos da criança derivam-se e o modo como ela lida com os conflitos)
   - Características da comunicação temática
   - Capacidade de uso de representações ou ideias nos jogos de faz de conta ou no uso intencional das palavras (descrição de objetos *versus* representação de objetos)
   - Amplitude de temas
7. Reações subjetivas do avaliador
   - Sentimentos que a criança evoca no avaliador
   - Fantasias que ocorrem ao avaliar durante o curso do diagnóstico

ro, fase psicossexual representada, fase de separação-individuação representada e nível social do jogo). Por fim, o parâmetro adaptativo é avaliado a partir da classificação do comportamento lúdico da criança em relação às estratégias defensivas e de enfrentamento manifestadas, baseando-se em um espectro que inclui agrupamentos chamados de normal, neurótico, *borderline* e psicótico. Além dessa avaliação, também é realizada uma análise do estado de consciência da criança, que determina sua capacidade de observar-se em jogo (Kernberg et al., 1998).

O terceiro e último nível de análise do CTPI, chamado de padrão de atividade da criança ao longo do tempo, procura avaliar as mudanças no tratamento. Para isso, as autoras sugerem que sejam observadas mudanças nas sequências e na duração dos diferentes segmentos da atividade da

QUADRO 18.2
Critérios de análise da entrevista lúdica utilizados por Kernberg e colaboradores (1998)

1. Segmentação da atividade da criança
   - Ausência de atividade lúdica
   - Pré-atividade lúdica
   - Jogo ativo
   - Interrupção da atividade lúdica
2. Análise dimensional da atividade lúdica
   - Análise descritiva
     - Categoria de atividade lúdica
     - Descrição do *script* da atividade lúdica
     - Esfera da atividade lúdica
   - Análise estrutural
     - Componentes afetivos da atividade lúdica
       - Modulação afetiva da criança
       - Afetos expressos pela criança durante o jogo
       - Tom afetivo do terapeuta
     - Componentes cognitivos da atividade lúdica
       - Representação de papéis
       - Estabilidade da representação (pessoas e objetos de jogo)
       - Uso de objetos de jogo
       - Estilo de representações de papéis (pessoas e objetos de jogo)
     - Componentes dinâmicos da atividade lúdica
       - Tópico da atividade lúdica
       - Tema da atividade lúdica
       - Nível de relacionamento retratado dentro da atividade lúdica
       - Qualidade do relacionamento dentro da atividade lúdica
       - Uso da linguagem (criança e terapeuta)
     - Componentes desenvolvimentais da atividade lúdica
       - Nível de desenvolvimento do jogo estimado
       - Identidade de gênero do jogo
       - Fase psicossexual representada no jogo
       - Fase de separação-individuação representada no jogo
       - Nível social do jogo
   - Análise adaptativa
     - Enfrentamento e estratégias defensivas
     - *Normal – *Neurótico – **Borderline* – *Psicótico
     - *Consciência
3. Padrão de atividade da criança ao longo do tempo
   - Continuidade e descontinuidade na narrativa lúdica

* Subescalas da CTPI.

criança (ausência de atividade lúdica, pré-atividade lúdica, jogo ativo e interrupção da atividade lúdica) (Kernberg et al., 1998).

Tanto a proposta de S. I. Greenspan e Greenspan (1993) quanto a de Kernberg e colaboradores (1998) priorizam o uso de indicadores clinicamente observáveis, ou seja, de aspectos do comportamento que podem ser descritos (como segmentação e tema da atividade lúdica, modulação e estados afetivos, coordenação motora, gestos, expressão facial, uso da sala, organização dos temas, perturbação no desenvolvimento de um tema, etc.). Ainda assim, constata-se nesses sistemas interpretativos a presença de conceitos teóricos (fase de separação-individuação, fase do desenvolvimento psicossexual, estratégias defensivas, nível desenvolvimental do conflito, entre outros) que também serviriam como indicadores para a análise, mas que precisariam estar apoiados nos critérios observáveis anteriormente descritos para ser utilizados.

Arzeno (1995), por sua vez, ao refletir sobre os critérios utilizados para a análise da criança em uma entrevista lúdica diagnóstica, parece priorizar os indicadores teóricos ao lembrar a importância do registro da transferência, da contratransferência e do simbolismo do material produzido por ela. Além disso, a autora ressalta a relevância de indicadores como o nível de angústia e o nível de preocupação com o motivo manifesto, bem como o nível de *insight* da patologia. Baseada em autores como Klein e Baranger, a autora sugere a análise das fantasias inconscientes do paciente quanto à doença, à cura e à análise. Para isso, o psicólogo deve prestar atenção à comunicação verbal e não verbal (gestos, lapsos, atuações) de seu paciente (Quadro 18.3).

Outro estudo sobre os critérios de análise da hora do jogo diagnóstica foi conduzido por Kornblit (1979/2009). A psicanalista buscou categorizar a entrevista lúdica diagnóstica de modo a ter uma visão global e diferente de cada paciente, tornan-

QUADRO 18.3
Critérios de análise da entrevista lúdica diagnóstica utilizados por Arzeno (1995)

- Transferência
- Contratransferência
- Simbolismo do material
- Nível de angústia
- Nível de preocupação com o motivo manifesto
- Nível de *insight* da patologia
- Fantasias inconscientes de doença, de cura e de análise
- Comunicação verbal e não verbal (gestos, lapsos, atuações)

do possível a comparação com os demais. Ao tentar sistematizar esses critérios, a autora buscou resgatar a perspectiva fenomenológica que muitas vezes se perde na análise segmentar de significados. Dessa maneira, foram incluídos indicadores chamados "formais" em oposição aos indicadores de "conteúdo", como: forma de abordar os brinquedos, atitude no começo e no fim da hora do jogo, como se localiza no consultório, atitude corporal, utilização do espaço, entre outros.

No entanto, após essa tentativa inicial, percebeu-se a necessidade de criar um novo modelo, baseado em um ponto de vista semiológico e influenciado pelas teorias de Jacques Lacan, atendendo mais às formas significantes do que às semânticas. Isso porque, na proposta anterior, a análise da relação significante (brinquedos) – significado (fantasias inconscientes) cometia, de acordo com Kornblit (1979/2009), o erro de atribuir aos significantes o mesmo caráter atribuído aos signos da língua. Mesmo que o brincar seja interpretado como comunicação, não se poderia afirmar que se trata do mesmo tipo de comunicação da língua falada, pois esse ato não segue qualquer convenção. Assim, o leão não será, necessariamente, o pai mau, mas denotará outro significado, que pode ser, simplesmente, o de "perguntar" ao terapeuta se se pode usar o brinquedo para falar de algo que acontece em seu interior. Assim, nesse novo modelo, abre-se espaço para o denotado, não sendo apenas observado o conotado, que é tido como aquilo que o significante remete como fixo, como uma tradução simultânea (leão igual a pai).

Buscando analisar o discurso do paciente, Kornblit (1979/2009) priorizou a análise das sequências das brincadeiras, sugerindo a segmentação da conduta da criança durante a sessão em forma de unidades. A unidade de jogo foi descrita como toda conduta da criança que permite que a significação apareça. O significante da articulação entre as unidades do jogo é o tipo de atividade suscitado pela atividade anterior, ou seja, dá-se importante atenção à ordem e à sequência da brincadeira, entendendo que a atividade lúdica evoca ansiedades e, automaticamente, defesas para lidar com elas. Assim, a autora sugere observar as condutas que dramatizam fantasias e, logo após, as condutas que manifestam mecanismos defensivos ante a ansiedade provocada pela emergência de fantasias. Para sistematizar essa proposta de análise, Kornblit (1979/2009) indica registrar as sequências das fantasias (por meio da letra F) e das defesas (por meio da letra D), levando em consideração os nove indicadores descritos no Quadro 18.4.

As psicanalistas argentinas Colombo e Agosta (2005), em uma publicação específica sobre a utilização da hora do jogo diagnóstica para a avaliação de abuso e maus-tratos infantis, sugerem que o entrevistador considere uma relação de oito categorias de indicadores. Para cada critério, as autoras listam diferentes tipos de comportamento da criança durante a entrevista, que devem ser assinalados em um protocolo e avaliados quanto à sua gravidade. Essas categorias e suas subcategorias são apresentadas no Quadro 18.5, em que se pode observar a presença de indicadores diretamente observáveis (tipo de jogo, atitudes da criança, sentimentos expressos, relação com o agressor e com o terapeuta) e indicadores teóricos (como tipo de pensamento e mecanismos de defesa).

De forma semelhante, Efron e colaboradores (1979/2009) elaboraram um guia de pautas com os oito critérios que consideram mais importantes para fins diagnósticos, visando orientar a análise da entrevista lúdica diagnóstica e gerar inferências generalizadoras por meio da observação de aspectos dinâmicos, estruturais e econômicos. Para cada uma dessas categorias, as autoras descrevem aspectos chamados "clínicos", que auxiliariam na avaliação da criança. Essas categorias são apresentadas no Quadro 18.6.

Para Affonso (2011a), o indicador "escolha dos brinquedos e tipos de brincadeiras" proposto por Efron e colaboradores (1979/2009) inclui uma avaliação cognitiva segundo critérios de Piaget. Isso é valorizado pela autora, pois a escolha de determinado brinquedo ou brincadeira deve ser

QUADRO 18.4
Critérios de análise da entrevista lúdica diagnóstica utilizados por Kornblit (1979/2009)

- Número total das unidades de jogo (associado ao nível mental, à idade e à quantidade de ansiedade)
- Ritmo das sequências
  - Curtas, ou seja, fantasia seguida de defesa (F - D) e repetição de pauta (alto grau de ansiedade)
  - Longas, ou seja, aparecimento de várias fantasias até que surja uma defesa (F-F-F-F-D) (maior liberdade de simbolização do conteúdo inconsciente, menor necessidade de repressão)
  - Somente manifestação de fantasia (F-F-F-F-F) (psicose)
- Número de subsistemas dentro do sistema total da hora do jogo (sequências de mesmo sentido - indicador da capacidade de simbolização da criança, menor estereotipia, maior capacidade de sublimação)
- Grau em que a ansiedade transborda das medidas defensivas e se manifesta abertamente
- Perseverança nas unidades de jogo (tentativa de elaboração de fato traumático)
- Momento de aparecimento do "clímax" da sessão (maior dramaticidade, expressão de ansiedade)
  - Não surgimento (brincadeira defensiva, empobrecimento de ego)
  - Na metade da sessão (capacidade de elaboração da ansiedade)
  - No final da sessão (defesas ineficazes ante a ansiedade)
  - Em vários momentos da sessão (psicose)
- Possibilidade de lidar com os elementos figurativos e não figurativos à sua disposição e qual foi utilizado primeiro
  - Passagem do figurativo ao não figurativo (capacidade de abstração e indicação para psicoterapia breve)
- Quantidade de material empregada (grau de abertura aos conflitos)
  - Todos os materiais
  - Parte dos materiais
  - Apenas um objeto (necessidade de autodelimitação, ansiedade de tipo confusional)
- Quantidade de elementos utilizados em cada unidade de jogo

QUADRO 18.5
Critérios de análise da entrevista lúdica diagnóstica utilizados por Colombo e Agosta (2005)

- Tipo de jogo: jogo pós-traumático; ausência total de jogo; jogo sexualizado; jogo de alimentação; jogo violento; jogo de descarga
- Atitudes da criança: hipervigilância; medo; condutas erotizadas; rechaço; condutas autodestrutivas
- Sentimentos associados ao trauma: anestesia emocional; culpa; estigmatização; falta de confiança; vulnerabilidade; falta de proteção; desesperança; suscetibilidade extrema
- Tipos de pensamento: regressivo; egocêntrico; rígido; distorções cognitivas; incapacidade para aprender; confusão a partir do segredo
- Mecanismos de defesa (usados de forma massiva e em discordância com a etapa evolutiva): dissociação; regressão; projeção; repressão; negação; identificação
- Relação com o agressor (interpretados pelos personagens do jogo): medo; raiva; dor; ódio
- Imagem de si mesmo e de seu entorno: distorcida; deteriorada; envelhecida; mundo hostil e perigoso
- Relação com o terapeuta

analisada sob o enfoque evolutivo, em que o profissional refletirá sobre a etapa da manifestação simbólica daquela modalidade de brincadeira. Assim, fundamentada nos estudos de Piaget e na teoria psicanalítica, Affonso (1999, 2005, 2011ab) recomenda a inclusão da análise de aspectos cognitivos, como as noções de espaço, tempo e causalidade, à avaliação da entrevista lúdica diagnóstica. A pesquisadora ilustra sua perspectiva afirmando que uma criança com comprometimento nos aspectos citados anteriormente não conseguirá construir uma história quando solicitada, estando sua dificuldade localizada em uma ordem cognitiva, e não apenas afetiva. Isso também indicaria a impossibilidade de uso de testes que exijam tal habilidade por parte do avaliando. Portanto, essa análise permitiria avaliar se um caso poderia ou não ser submetido a alguns instrumentos ou testes psicológicos.

Outras propostas de interpretação do brincar infantil também incluem, ao mesmo tempo, fatores descritivos (clínicos) e interpretativos (teóricos). Para Esquivel, Heredia e Lucio (1994), os critérios de avaliação da entrevista com a criança devem incluir a atenção à idade de desenvolvimento da criança e avaliar em que nível cor-

QUADRO 18.6
Critérios de análise da entrevista lúdica diagnóstica utilizados por Efron e colaboradores (1979/2009)

- Escolha de brinquedos e de brincadeiras
  - De observação a distância (sem participação ativa)
  - Dependente (à espera de indicações do entrevistador)
  - Evitativa (de aproximação lenta ou a distância)
  - Dubitativa (pegar e largar os brinquedos)
  - De irrupção brusca sobre os materiais
  - De irrupção caótica e impulsiva
  - De aproximação, estruturação do campo e desenvolvimento da atividade
- Modalidades de brincadeiras
  - Plasticidade
  - Rigidez
  - Estereotipia e perseverança
- Personificação (capacidade de assumir e atribuir papéis de forma dramática)
  - Qualidade e intensidade das identificações
  - Equilíbrio entre superego, id e realidade
- Motricidade (adequação à etapa evolutiva)
  - Deslocamento geográfico
  - Possibilidade de encaixe
  - Preensão e manejo
  - Alternância de membros
  - Lateralidade
  - Movimentos voluntários e involuntários
  - Movimentos bizarros
  - Ritmo do movimento
  - Hipercinesia e hipocinesia
  - Ductibilidade
- Criatividade (unir ou relacionar elementos dispersos em um elemento novo e diferente)
- Tolerância à frustração
  - Desenvolvimento da atividade lúdica
  - Aceite das instruções e de seus limites
  - Fonte da frustração (mundo interno ou mundo externo)
- Capacidade simbólica
  - Riqueza expressiva (busca de materiais, coerência de símbolos)
  - Capacidade intelectual
  - Qualidade do conflito (conteúdos, estágios do desenvolvimento psicossexual)
- Adequação à realidade
  - Aceitação ou não do enquadramento espaço-temporal com as limitações impostas
  - Possibilidade de colocar-se em seu papel e aceitar o papel do outro

responde à conduta e às habilidades adquiridas (Quadro 18.7).

Conforme descrito no Quadro 18.7, deve-se analisar a transferência, a contratransferência, as expressões verbais, as expressões que acompanham o discurso, o modo como se apresenta a criança, o jeito que se veste, o modo como se senta, o seu tom de voz e o tom afetivo que prevalece na sessão. Cabe observar, ainda, como a criança se relaciona com o avaliador e como o avaliador se relaciona com a criança. As autoras citadas afirmam que, desde a primeira entrevista, é aconselhável prestar atenção em como a criança se separa dos pais, como se comporta dentro do consultório, quais os espaços que utiliza, o que acha de ter que ir a um psicólogo, qual sua opinião sobre o psicólogo, que significado tem para ela ir até a consulta e o que imagina que a espera lá. Torna-se, assim, válido considerar as condutas da criança e, especialmente, o momento em que elas se apresentaram para realizar a interpretação de seus significados.

Safra (1984), por sua vez, entende que, durante a entrevista, deve-se atentar para as angústias básicas da criança expressas em comentários ver-

QUADRO 18.7
Critérios de análise da entrevista lúdica diagnóstica segundo Esquivel e colaboradores (1994)

- Idade de desenvolvimento da criança (conduta e habilidades adquiridas)
- Transferência
- Contratransferência
- Expressões verbais
- Expressões que acompanham o discurso
- Apresentação da criança (como se veste, como se senta, seu tom de voz e tom afetivo que prevalece na sessão)
- Como a criança se relaciona com o avaliador e vice-versa
- Como a criança se separa dos pais
- Como se comporta dentro do consultório
- Espaços que utiliza
- Opinião sobre ter que ir a um psicólogo (significado que tem para ela ir até a consulta, o que imagina que a espera lá)
- Opinião que a criança tem sobre o psicólogo
- Condutas da criança (o momento em que apresentou tais condutas orienta a interpretação de seus significados)

bais, em alterações na forma dos desenhos, em mudanças no ritmo da sessão, no uso de folhas de papel maiores, etc. Esse autor, baseado em algumas considerações de Raquel Soifer, sugere que seja utilizado o critério evolutivo, que avalia as manifestações de conduta da criança, registrando se os comportamentos são adequados ou não para a idade. Do ponto de vista psicopatológico, seria preciso atentar para as defesas mais utilizadas pelas crianças durante o jogo (obsessivas, negação, formação reativa, etc.), para as suas ansiedades (paranoides, depressivas, confusionais, etc.), para as formas de relações objetais (dependência, submissão, oposição, competição, etc.) e para as fantasias inconscientes expressas (especialmente as que dizem respeito a doença e cura). Por fim, as expressões verbais permitiriam obter informações acerca das angústias básicas, das relações objetais, dos mecanismos de defesa, da atenção, da capacidade de elaboração e da amplitude de interesses. Esses critérios encontram-se listados no Quadro 18.8.

Critérios de análise da entrevista lúdica diagnóstica também têm sido estudados nas intervenções diagnósticas grupais. Um trabalho referente a um grupo terapêutico de crianças (Krug & Seminotti, 2012), por exemplo, sugere especial atenção dos psicólogos às manifestações de desejos dos infantes, às suas formas de organização (enredo) e às suas formas de expressão, entre elas os tipos de ansiedade, os tipos de modalidades defensivas, a natureza das interações, os sentimentos manifestos e as identificações processadas (Quadro 18.9). Portanto, são muitos os modelos que incluem, no conjunto de indicadores da análise do brincar infantil, aspectos clínicos descritivos e, ao mesmo tempo, critérios interpretativos de natureza teórica.

Por sua vez, a partir de um ponto de vista mais descritivo, Sattler (1996) sugere que o entrevistador observe 13 indicadores durante o jogo infantil: entrada no quarto de jogos, início das atividades, energia gasta, ações manipulativas, ritmo do jogo, movimentos corporais, verbalizações, tônus do jogo, integração do jogo, criatividade, produtos do jogo, apropriação do jogo à idade e atitudes ante os adultos expressas no jogo. Dessa forma, embora faça considerações quanto à importância de questões teóricas no processo interpretativo do jogo, os critérios elencados em sua proposta são predominantemente orientados por fatores clínicos descritivos (Quadro 18.10).

Pode-se encontrar na literatura outros trabalhos que sugerem indicadores para a avaliação da entrevista lúdica diagnóstica, sendo a aceitação ou a recusa dos limites impostos pelo psicólogo outro critério diagnóstico importante (Arzeno, 1995). A recusa do paciente a guardar os materiais, por exemplo, pode ser um indicador de dificuldade para conter ou tolerar o que foi expresso na entrevista. Além disso, esse indicador poderia sugerir, também, dificuldades em aceitar a separação. Quando a criança não interage com os materiais ou não manifesta a brincadeira simbólica, esse fato apontaria a necessidade de investigação (Affonso, 2011a). A análise da primeira

QUADRO 18.8
Critérios de análise da entrevista lúdica diagnóstica segundo Safra (1984)

- Angústias básicas da criança
  - Comentários verbais
  - Alteração na forma dos desenhos
  - Mudanças no ritmo da sessão
  - Uso de folhas de papel maiores
- Manifestações de conduta da criança adequadas ou não para a idade
- Defesas mais utilizadas (obsessivas, negação, formação reativa, etc.)
- As ansiedades (paranoides, depressivas, confusionais, etc.)
- As formas de relações objetais (dependência, submissão, oposição, competição, etc.)
- Fantasias inconscientes expressas (especialmente de doença e de cura)
- Expressões verbais
- Atenção
- Capacidade de elaboração
- Amplitude de interesses

QUADRO 18.9
Critérios de análise da entrevista lúdica segundo Krug e Seminotti (2012)

- Manifestações de desejos
- Formas de organização (enredo)
- Formas de expressão
  - Tipos de ansiedade
  - Modalidades defensivas
  - Natureza das interações
  - Sentimentos manifestos
  - Identificações processadas

QUADRO 18.10
Critérios de análise da entrevista lúdica diagnóstica segundo Sattler (1996)

- Entrada ao quarto de jogos
- Início das atividades
- Energia gasta
- Ações manipulativas
- Ritmo do jogo
- Movimentos corporais
- Verbalizações
- Tônus do jogo
- Integração do jogo
- Criatividade
- Produtos do jogo
- Apropriação do jogo à idade
- Atitudes ante os adultos expressas no jogo

ação realizada pela criança na sessão, assim como o tempo transcorrido até o seu início, por exemplo, já sugeriria sua atitude ante o mundo, sendo o grau de inibição de jogo um indicador da gravidade da sua neurose (Aberastury, 1962/1986).

Ressalta-se, ainda, que, na análise do brincar infantil, é necessário considerar os aspectos evolutivos (desenvolvimento da criança, de acordo com a idade), o desenvolvimento emocional e a inibição/sociabilidade da criança, bem como os conteúdos inconscientes expressos nos jogos – como defesas, fantasias, ansiedades, agressividade e capacidade adaptativa, criativa e simbólica (Araújo, 2007). Cada conduta lúdica deve ser identificada em relação à fase do desenvolvimento em que é esperada, comparando-a, ainda, com fases do desenvolvimento da libido (oral, anal, fálica e genital), a fim de se obter uma compreensão mais abrangente do funcionamento infantil. Além disso, é importante que o psicólogo tenha conhecimentos na área da psicologia evolutiva, da fisiologia, da neurologia e da psicomotricidade (S. I. Greenspan & Greenspan, 1993; Werlang, 2000).

Em sua reflexão, Yanof (2005/2006) lembra que os afetos podem ser comunicados por meio de expressões faciais, da linguagem corporal e do tom de voz, frequentemente por meio de metáforas. Ao discutir algumas vinhetas clínicas, o autor demonstra acentuar sua observação clínica sobre as metáforas das brincadeiras e sua sequência, o conteúdo das brincadeiras, a incorporação e o abandono de personagens, o grau de conflito vivenciado pela criança, o rompimento do enquadramento de brincadeira, a entrada da criança no consultório e as características de sua separação da mãe. Ele também aponta que o profissional deve apreciar as diferentes capacidades das crianças de envolvimento no processo lúdico, assim como sua condição para criar novas metáforas e narrativas. O autor ainda alerta que se pode considerar o relacionamento analítico como o principal objeto de estudo do paciente. Assim, recomenda-se que o profissional procure ouvir o material da criança no maior número possível de níveis.

A INFLUÊNCIA DA NOÇÃO DE CAMPO ANALÍTICO NO PROCESSO AVALIATIVO DE CRIANÇAS NA ATUALIDADE

É necessário refletir, ainda, sobre algumas mudanças vigentes nas concepções teóricas e técnicas da psicanálise durante as últimas décadas e que, de uma forma ou de outra, influenciam o uso de critérios de análise da entrevista lúdica diagnóstica. A comunicação entre psicólogo e paciente passou a ser exercida de forma menos linear, com maior distanciamento do modelo de interpretações prontas do tipo causa e efeito. Os paradigmas científicos atuais, baseados nos conceitos de cultura, intersubjetividade e relações de complexidade da construção e desconstrução de conhecimento, utilizam-se de uma visão mais complexa que inclui processos e contextos de interação com influências múltiplas (Castro, 2004).

Entre os teóricos que se inscrevem nessa nova perspectiva, encontra-se Bion, baseado em suas concepções sobre o uso da identificação projetiva como forma de comunicação e nos conceitos de continente/conteúdo (Castro, 2004). É importante citar, ainda, outro conceito psicanalítico estudado na atualidade e que tem influenciado os critérios de avaliação da entrevista lúdica diagnóstica: o *campo analítico*.

> O conceito de campo analítico se originou na década de 1960, a partir de uma ideia de dois analistas franco-argentinos, Madaleine e Willy Baranger. Explorando o vértice relacional em psicanálise, esses dois autores perceberam que a "díade analítica" cria um campo dinâmico, ou seja, uma situação entre duas pessoas "que permanecem inevitavelmente ligadas e complementares" enquanto compartilharem a situação analítica e estiverem "envolvidas em um único processo dinâmico. Nessa situação, nenhum membro do par pode

> ser compreendido sem o outro", pois, no campo analítico, todas as estruturas presentes e que venham a surgir dependem da interação entre os dois participantes. (Ferro & Basile, 2009/2013, p. 9).

A formulação da concepção de campo analítico do casal Baranger (1992) sofreu influências de diversos trabalhos, principalmente de Enrique Pichón Rivière, Heinrich Racker, Luisa Alvarez de Toledo, Jorge Mom, León Grinberg, David Liberman, entre outros (Bernardi, 2009). Segundo Stürmer e Castro (2009, p. 80), esse conceito refere-se às ". . . situações em que os fatos psíquicos são compreendidos através de seus significados no contexto das relações intersubjetivas, no qual o par terapêutico não pode ser visto como duas pessoas isoladas". Outro importante expoente desse modelo é o psicanalista Antonino Ferro, que desenvolveu essa concepção de campo baseando-se nas ideias dos Baranger e na pesquisa de Bion, tornando evidente a centralidade do tema da relação psicanalítica na atualidade (Di Chiara, 1995). Para Ferro (2007/2011), o campo analítico é caracterizado como um espaço-tempo em que se originam as turbulências que o encontro analítico desperta, e em que a *rêverie*[1] do entrevistador é um aspecto central da análise do paciente.

Partindo desse modelo (que se diferencia dos modelos freudiano e kleiniano), o funcionamento do par analítico psicólogo-paciente pode ser compreendido como resultante da interação dos aspectos inconscientes de cada membro constituinte do par. O *setting*, por sua vez, age como uma espécie de moldura do campo analítico, resultante do encontro de duas subjetividades, e o campo passa a ser alvo de análise, pois é nele que serão dados os fenômenos transferenciais e contratransferenciais (Ferro, 1995, 2007/2011).

Para que o campo se torne um instrumento de análise por parte do psicólogo, é importante que o profissional tenha disponibilidade interna para receber o brincar do seu paciente e interpretá-lo como a tradução do funcionamento do par (Hallberg & Ortiz, 2005). Assim, os produtos do encontro entre o profissional e o paciente durante a entrevista lúdica geram uma situação potencial para a elaboração de hipóteses diagnósticas por meio das *rêveries* do analista.

Nessa perspectiva, ao analisar um paciente, torna-se importante considerar seus *agregados funcionais*.[2] Nesse sentido, ao falar sobre o papel das relações dentro do campo, Ferro (2007/2011, p. 28) afirma que ". . . não há nada do que é dito, narrado, desenhado, jogado na sala de análise que não possa ser considerado um derivado narrativo do pensamento onírico da vigília ou do que restou dele". Para o autor, ao escolher um tema, um personagem, uma imagem, um assunto ou uma brincadeira, o paciente encontra um derivado narrativo extremamente eficaz para falar ao entrevistador de seu estado mental, servindo como *carriers* das emoções em campo.

Portanto, considerando os aspectos levantados na literatura, pode-se concluir que analisar e interpretar a entrevista lúdica diagnóstica não é uma tarefa fácil, requerendo do profissional uma forte familiarização com a teoria psicanalítica (Werlang, 2000) e com os critérios de avaliação propostos pelos autores citados. A realização de uma boa avaliação exige do clínico a capacidade de observar várias dimensões simultaneamente, resistindo à tendência de tirar conclusões rápidas e formular diagnósticos prematuros (S. I. Greenspan & Greenspan, 1993). Para interpretar o conteúdo da brincadeira, é necessário levar em consideração todos os mecanismos e métodos de representação empregados, nunca ignorando a relação de cada fator isolado com a situação global e com o campo analítico que se estabelece no encontro entre entrevistador e entrevistado (Ferro, 1995, 2007/2011).

O USO DE CRITÉRIOS DE ANÁLISE DA ENTREVISTA LÚDICA DIAGNÓSTICA NA ATUALIDADE

Embora os diferentes autores citados forneçam orientações técnicas que se assemelham em relação a diversos aspectos da prática da entrevista

[1] Momentos de contato profundo do analista com seu pensamento onírico de vigília (Ferro, 2007/2011).

[2] O termo *agregados* faz referência às figuras do texto manifestado pelo paciente e às imagens que emergem no campo analítico provenientes tanto do analisando quanto do analista (que podem ser um desenho, um personagem de uma brincadeira, uma música, uma fala, um sentimento, uma lembrança de um filme, etc.). O termo *funcionais* diz respeito à compreensão de que tudo o que é trazido à sessão tem relação com o funcionamento mental do par analítico e às necessidades comunicativas do momento. Os agregados funcionais auxiliariam a narrar as emoções vividas durante a sessão (Ferro, 1995).

lúdica diagnóstica, percebe-se a presença de uma série de variações. As propostas de sistematização da análise da entrevista lúdica diagnóstica encontradas na literatura fazem menção a uma grande variedade de indicadores, permitindo inferir a sua diferenciação em critérios clínico-descritivos e teórico-interpretativos do comportamento infantil. Essa constatação quanto à diversidade de critérios de análise é explicada, também, pelas influências de diferentes correntes teóricas psicanalíticas que valorizam determinados conceitos em detrimento de outros, fazendo com que os primeiros adquiram um *status* especial no modelo de sistematização elaborado. Talvez por esses motivos, os profissionais não tendam a seguir algum modelo sistematizado, mas utilizem um elevado número de critérios de análise descritos por diversos autores da literatura.

Diante disso, a partir de pesquisa (Krug, 2014) realizada na área, construiu-se uma proposta de Roteiro de Análise da Entrevista Lúdica Diagnóstica abrangente e flexível, que contempla o fazer avaliativo atual a partir das influências teóricas e das experiências clínicas contemporâneas relacionadas aos conceitos de campo analítico e intersubjetividade. Durante a investigação, constatou-se uma aparente dissociação entre a área da avaliação psicológica e a da psicanálise. Essa dissociação não parece ser necessária, uma vez que se compreende que qualquer processo de avaliação psicológica deve ser orientado teoricamente. No entanto, as publicações ligadas ao campo da avaliação pareceram estar muito distantes dos fundamentos teóricos que atualmente enriquecem a disciplina psicanalítica. No campo da hora do jogo diagnóstica, os trabalhos de Aberastury (1962/1986) e Efron e colaboradores (1979/2009) são utilizados como base para muitas outras publicações, que acabam reproduzindo um conhecimento já divulgado, sem desenvolvê-lo a partir de novas influências e avanços teóricos da psicanálise.

Constata-se que a maioria das influências teóricas psicanalíticas contemporâneas não está relacionada aos textos de orientação para a realização de avaliações psicológicas com crianças, especialmente no campo do psicodiagnóstico. Compreende-se que, quando substanciados pela mesma teoria, os critérios da análise de entrevistas com crianças não deveriam diferir entre as práticas de psicodiagnóstico ou entrevistas preliminares. Por isso, entende-se que a construção de um roteiro de análise para a avaliação de entrevistas lúdicas diagnósticas, seja para processos psicodiagnósticos, seja para entrevistas preliminares a uma análise infantil, contribui para a aproximação das áreas e o enriquecimento dos fazeres psicológicos.

Portanto, o roteiro aqui proposto leva em consideração tanto as propostas advindas dos autores que publicam sobre a avaliação psicológica quanto os desenvolvimentos teóricos clássicos e contemporâneos da psicanálise associados a eles e verificados em pesquisa (Krug, 2014).

CUIDADOS NECESSÁRIOS PARA O USO ADEQUADO DO ROTEIRO DE ANÁLISE DA ENTREVISTA LÚDICA DIAGNÓSTICA

Entende-se que a análise da entrevista com a criança depende da experiência clínica, do conhecimento teórico e do preparo pessoal do avaliador. Considerando que essas características são desenvolvidas ao longo de uma preparação profissional e pessoal que pode levar anos, o roteiro de análise da entrevista lúdica diagnóstica almeja oferecer parâmetros objetivos que auxiliem supervisores e docentes em atividades de orientação e ensino dessa técnica junto a psicólogos em formação. Além disso, tal roteiro pode ser útil a profissionais e pesquisadores que se valerem da entrevista lúdica como instrumento de investigação clínica e de pesquisa, contribuindo com indicadores a serem observados para a coleta e análise de diferentes temáticas da área clínica.

Por entender que nenhuma avaliação psicológica é construída e analisada de forma rígida, o roteiro proposto não pretende substituir outras medidas técnicas descritas pela literatura psicanalítica e psicodiagnóstica. Ao contrário, o uso desse roteiro só é possível caso, durante a execução da entrevista, o avaliador tiver respeitado os princípios da associação livre e da atenção flutuante, que seguem sendo os aspectos centrais da técnica de condução das entrevistas (Lerner, 2003a). Ao praticar a atenção flutuante, o profissional precisa escutar de forma a não ficar prisioneiro da problemática que se desdobra nas entrevistas e tampouco cego pela teoria que o orienta, paralisando, assim, a própria atenção flutuante (Blinder, Knobel, & Siquier 2011).

Assim, cabe ao psicólogo manter a atenção flutuante sem priorizar qualquer elemento do discurso da criança durante a entrevista. É o seu uso que permitirá a experiência da *escuta analítica*, termo que busca abranger a complexidade

da situação analítica avaliativa. Escuta analítica é um termo muito empregado em psicanálise, geralmente usado para se referir ao resultado da atenção flutuante – ou "teorização flutuante", segundo Piera Aulagnier (Baranger, 1992) – exercida sobre a associação livre do paciente. Para Zimerman (2005), escutar remete a um verdadeiro interesse do interlocutor em apreender e valorizar aquilo que o outro esteja comunicando, acessando o que está nas entrelinhas das narrativas.

Durante as entrevistas lúdicas, o psicólogo precisará exigir de si duas atitudes: escutar com base em seus conhecimentos teóricos, suas experiências e seu esquema referencial e, ao mesmo tempo, abrir-se ao novo, ao imprevisto, ao surpreendente (Baranger, 1992). Dessa forma, se, durante a entrevista com a criança, o profissional se restringir a buscar respostas aos critérios analíticos do roteiro proposto, corre-se o risco de o instrumento ser um obstáculo para a escuta em vez de enriquecê-la. Planejar uma intervenção avaliativa apenas em função dos conhecimentos ou dos interesses teóricos do profissional pode cegá-lo para as manifestações do paciente.

Essa preocupação, relacionada à proposta de uma sistematização da análise da entrevista lúdica, exigiu a adoção de medidas de cuidado a serem tomadas nessa proposta de roteiro, de forma a viabilizar a ampliação da escuta analítica, e não sua limitação. Ressalta-se, assim, a indicação para que o roteiro seja utilizado após a conclusão da entrevista e das primeiras reflexões operadas mediante atenção flutuante e *rêveries* do analista. Não se pode subestimar a capacidade de simbolização e de construção de derivados narrativos do ser humano, o que exige do profissional, segundo Baranger (1992, p. 579), "... cuidado para não obstruir mentalmente o acesso ao imprevisto, à surpresa, que é precisamente o que espera como manifestação do inconsciente".

Por isso, nunca se deve responder às perguntas do roteiro ao longo da entrevista lúdica, pois essa prática induziria o profissional a não escutar o que, talvez, não esteja contemplado na listagem de perguntas proposta, observando com preconceitos uma situação clínica que deve ser experienciada em sua singularidade. Portanto, após a condução da entrevista de acordo com os pressupostos teóricos e técnicos descritos neste trabalho, o uso de um roteiro de análise poderá servir como norteador das reflexões diagnósticas a partir das entrevistas lúdicas realizadas com o paciente. Sua utilidade evidencia-se especialmente no tocante ao processo de ensino e aprendizagem da avaliação psicológica e da psicanálise de crianças. Estima-se que a reflexão orientada por meio de indicadores de análise contidos no roteiro possa enriquecer a escuta dos elementos psicológicos do caso atendido, abrangendo aspectos identificados como importantes para um diagnóstico (Krug, 2014).

Cabe ressaltar, ainda, que a avaliação diagnóstica orientada psicanaliticamente possui uma dimensão subjetiva, pois, além de se ordenar a partir das narrativas da criança, apoia-se na subjetividade da escuta do profissional. No entanto, isso não significa que nesse campo intersubjetivo não existem referências estáveis; caso contrário, a psicanálise seria mais uma das tantas disciplinas sustentadas por estratégias sugestivas. Por entender que a conduta clínica orientada psicanaliticamente não deve se aliar ao modelo hipotético-dedutivo, governado pela lógica da causa e efeito (Dor, 1987/1991), a proposta de um roteiro de escuta não objetiva identificar previamente significados para cada comportamento da criança, como pode ser encontrado em alguns manuais de testes projetivos. Compreende-se que um modelo de alvitre casuístico estaria baseado em uma leitura linear, em uma espécie de interpretação selvagem (Freud, 1910/1996), que não prioriza a experiência singular da criança e a sua produção subjetiva de significados para suas emoções vividas. Assim, cada elemento observado na entrevista encontrará seu significado na articulação de todos os demais indicadores com a história do paciente e de sua família, associados à relação com o entrevistador.

Compartilha-se do entendimento de Dockhorn e Macedo (2008), que afirmam que a psicanálise busca dar destaque ao singular e ao processo de construção da subjetividade, indo de encontro com a proposta massificadora da cultura atual. Nesse sentido, estima-se que o roteiro proposto possa ser usado como um recurso técnico durante o psicodiagnóstico, de forma a resgatar o espaço de singularidade e liberdade do sujeito.

Por fim, salienta-se que, para o uso do roteiro apresentado a seguir, os parâmetros teóricos da disciplina psicanalítica que orientarão a reflexão sobre as respostas a cada uma das perguntas devem ser observados. Isso significa que apenas utilizar o roteiro proposto não auxiliará o estudante ou profissional a construir uma compreensão diagnóstica da criança caso não esteja a par

de formulações psicanalíticas acerca da dinâmica familiar e social, dos elementos desenvolvimentais, da compreensão do significado do sintoma e dos principais conceitos metapsicológicos dessa teoria.

As respostas formuladas às perguntas do roteiro devem ser analisadas à luz da teoria para que adquiram significado diagnóstico. Portanto, o roteiro pode ser infrutífero nas situações em que seu usuário não esteja minimamente preparado para articular conceitos psicanalíticos aos fenômenos observados na entrevista. Alerta-se para a necessidade de conhecimento teórico antes da utilização de qualquer proposta de sistematização analítica, sob risco de tornar o processo avaliativo mecanizado e pautado apenas por questões da psicologia do desenvolvimento, distanciando-se da proposta de compreensão diagnóstica psicanalítica.

Cabe ressaltar, ainda, que as perguntas que compõem o roteiro proposto são apenas sugestões analíticas. Muitos outros aspectos podem ser considerados em uma entrevista lúdica, dependendo de cada caso. A eleição dos questionamentos é decorrente da análise dos conteúdos trazidos por docentes e supervisores da área, entrevistados em pesquisa (Krug, 2014) que perguntou o que observavam durante uma sessão com uma criança para chegar às conclusões diagnósticas. Esses questionamentos, portanto, podem ser ampliados de acordo com o referencial de trabalho e com a experiência clínica de cada profissional.

ROTEIRO DE ANÁLISE DA ENTREVISTA LÚDICA DIAGNÓSTICA

Diferentemente dos demais modelos descritos pela literatura até o momento, o roteiro proposto foi desenvolvido a partir de um *conjunto de questionamentos* que o clínico deve fazer a si mesmo ou em supervisão, a fim de ampliar sua possibilidade de escuta dos fenômenos observados na entrevista.

O roteiro de análise da entrevista lúdica diagnóstica foi composto por *193 questionamentos* divididos em *quatro dimensões* de análise decorrentes de resultados encontrados em estudo (Krug, 2014). Portanto, na primeira dimensão, são elencados questionamentos sobre como a criança se relacionou com a situação de avaliação. A segunda e a terceira dimensões abordam a forma e o conteúdo da atividade lúdica da criança. Por fim, a quarta dimensão enfoca a análise da experiência de encontro da criança com o psicólogo.

O Quadro 18.11 traz as dimensões e as respectivas perguntas norteadoras da reflexão diagnóstica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do roteiro de análise da entrevista lúdica diagnóstica buscou contemplar com objetividade uma série de características do fazer avaliativo e, ao mesmo tempo, não cair no risco de desenvolver um modelo de escuta demasiadamente simplificado, justamente em uma época em que se carecem olhares sobre a complexidade humana. Além disso, a proposta deve permitir que cada processo de avaliação psicológica seja um evento de encontro novo e particular, e não apenas uma série de repetições sistematizadas que oferecem como resultado o entendimento de poucas configurações psicológicas. Portanto, esse roteiro de análise deve ampliar a escuta em vez de restringir as possibilidades interpretativas da subjetividade do paciente, indo ao encontro da afirmação de Macedo (2006) no que tange à importância de não reduzir os critérios de análise aos *comportamentos* da criança, mas incluir de maneira destacada a escuta da sua *experiência subjetiva* em relação aos fenômenos de sua vida.

O novo conjunto de critérios de análise da entrevista lúdica diagnóstica também partiu da ideia de que não se pode aleijar a teoria e a técnica do encontro dialético com a realidade contemporânea sob risco de ver os pressupostos teóricos e técnicos, antes adequados à demanda social, ficarem obsoletos ou restritos a poucos aspectos da experiência de vida dos tempos atuais. Nisso se inserem a psicanálise e a avaliação psicológica, que necessitam, como diz Lerner (2003b), responder às transformações que os contextos mutantes demandam.

Portanto, o roteiro aqui proposto deve potencializar a escuta analítica, não sendo os critérios de análise obstáculos para a atenção flutuante do avaliador. Além disso, este capítulo almeja sensibilizar psicólogos em formação para a riqueza da linguagem lúdica e para o potencial desse tipo de entrevista diagnóstica como estratégia compreensiva em processos psicodiagnósticos.

O modelo de análise da entrevista lúdica apresentado diferencia-se dos demais encontrados na literatura por ser construído sob o formato de perguntas, levando em consideração tanto os

QUADRO 18.11
Roteiro de análise da entrevista lúdica diagnóstica no referencial psicanalítico

DIMENSÃO 1
ANÁLISE DE COMO A CRIANÇA SE RELACIONOU COM A SITUAÇÃO DE AVALIAÇÃO

Como ocorreu a entrada da criança na sala de atendimento?
- Como a criança estava na sala de espera quando foi chamada?
- Como ocorreu a separação da criança dos pais?
- Como os pais reagiram à separação do filho ao entrar na sala de atendimento?
- A criança mostra comportamento de estranhamento quanto ao psicólogo?
- A criança é mais tímida ou mais espontânea?
- A criança irrompe sobre os materiais ou precisa ser estimulada a brincar?

Como estava a motivação da criança para o atendimento?
- O que a criança diz ou indica, na brincadeira, sobre ser atendida?

A criança adequou-se às normas e regras sugeridas para a entrevista?
- A criança tolerou os limites impostos pelo *setting*?
- A criança precisou sair da sala?
- A criança tentou destruir materiais?
- Como a criança lida com as regras dos jogos?

Como a criança usou a sala de atendimento?
- A criança permite que a sala fique com a porta fechada?
- Como a criança explora o espaço da sala?
- Como a criança demostra o interesse pelas coisas do *setting*?
- Como a criança usa o banheiro?

Como a criança reagiu ante os estímulos do encontro avaliativo?
- Como a criança reagiu quando estimulada a pensar nos motivos do atendimento?
- Como a criança reagiu quando algum estímulo da sala foi modificado?
- Como a criança reagiu quando percebeu que a sala não oferecia os brinquedos que ela queria?
- Como a criança reagiu quando percebeu que algum brinquedo não estava íntegro?

Houve um padrão de constância comportamental na sessão?
- Quais foram os comportamentos mais comuns da criança durante a entrevista?
- Em geral, a criança é organizada ou desorganizada em sua atividade lúdica?
- A criança repete jogos ou brincadeiras ao longo da entrevista?
- Houve mudança de comportamento da criança durante ou entre sessões?
- A criança oscilou entre comportamentos de agitação e inibição durante a entrevista?
- As oscilações comportamentais foram ocasionais ou sistemáticas?
- Algum jogo ou atividade lúdica foi interrompido pela criança durante a entrevista?
- Quais foram os sentimentos e comportamentos mais intensos da sessão?
- Qual foi o tema predominante da sessão?
- A criança quis dar ordens ao avaliador ou aceitou incondicionalmente as orientações dele?
- A criança se mostrou inibida, retraída, tímida, com vergonha ou medo na sessão?
- A criança se mostrou impulsiva, agitada, agressiva, exibicionista ou onipotente na sessão?

A criança evidenciou conseguir dar significado para sensações e sentimentos experimentados na sessão?
- A criança consegue dizer o que sente quando algum aspecto fisiológico seu se manifesta?
- A criança consegue dizer o que sente quando alguma situação é vivida durante a entrevista?
- A criança consegue formular razões para determinado sentimento ou comportamento seu ou dos personagens de sua atividade lúdica?

A criança fez pedidos ao psicólogo?
- A criança fez pedidos de novos materiais?
- A criança pediu para levar algo da sala consigo? Por quê?
- A criança pediu para sair da sala? Por quê?
- A criança quis que seus pais entrassem na sala? Por quê?
- A criança quis mostrar suas produções para os pais? Por quê?
- A criança pediu para ir ao banheiro? Por quê?
- A criança pediu para que o psicólogo fizesse sua higiene? Por quê?
- A criança pediu para trazer ou trouxe brinquedos ou materiais seus para a sessão? Por quê?

Como a criança reagiu ao término da sessão?
- Houve ou não dificuldade para encerrar a sessão?
- A criança desejou encerrar a sessão antes do horário? Por quê?
- A criança não quis encerrar a sessão?
- A criança reagiu com agressividade ao término da sessão?
- Como a criança lidou com a arrumação da sala antes do término da sessão?

QUADRO 18.11
Roteiro de análise da entrevista lúdica diagnóstica no referencial psicanalítico

DIMENSÃO 2
ANÁLISE DAS FORMAS DA ATIVIDADE LÚDICA DA CRIANÇA

A criança brincou durante a sessão? Como ela brincou?

- Como a criança se aproximou e explorou os materiais?
  - A aproximação dos materiais foi feita de forma inibida ou espontânea?
  - Houve prontidão para a brincadeira?
  - A criança explorou os materiais ou manteve-se reservada e sem iniciativa?
- A criança conseguiu brincar e simbolizar durante a sessão ou em parte dela?
  - A criança conseguiu criar histórias e fantasiar situações na sessão?
  - Como se caracterizaram as situações, enredos e personagens das histórias e atividades lúdicas criadas na sessão?
  - A criança conseguiu criar algo que não lhe foi disponibilizado a partir dos materiais a que tinha acesso na sala de atendimento?
  - A criança reconheceu os objetos que lhe foram disponibilizados?
  - A criança fez uso convencional dos objetos que lhe foram disponibilizados?
  - Como foi o padrão de conduta em relação aos materiais (agressivo, desorganizado, zeloso, etc.)?
  - Como a criança lidou com sua caixa/gaveta de brinquedos individual (quando disponibilizada)?
  - Como se caracterizou a manutenção da atividade lúdica (ocorreu durante toda a sessão ou foi interrompida por alguma situação)?
  - A criança conseguiu manter-se brincando com um material escolhido durante um bom tempo da sessão ou necessitou trocar a todo o momento de brinquedo?
  - As histórias, as brincadeiras e os jogos que a criança escolheu fazer tinham início, meio e fim?
  - A criança foi capaz de propor histórias e brincadeiras e, depois, retornar ao funcionamento não fantasmático?

A criança não consegue brincar e simbolizar durante a sessão ou em parte dela?

- A criança se comportou de forma estereotipada, apenas manipulando objetos, montando e organizando materiais, sem brincar com o que produz?
- A criança repetiu movimentos com os brinquedos, sem produzir nada de novo entre os ciclos de repetição?
- A criança direcionou o foco de sua atenção para pequenos detalhes, como sua própria mão ou o girar de objetos com rodas e ventiladores?
- A criança apenas reproduziu histórias ou copiou desenhos?
- A criança rejeitou determinados brinquedos de sua caixa/gaveta de materiais individuais (quando utilizada)? Que temas e conflitos esses brinquedos sugeriam?
- A criança se comportou de forma caótica, deixando produções inacabadas, derrubando materiais e não fazendo uso deles, pegando vários brinquedos e não conseguindo brincar com nenhum, ou destruindo os materiais da sala?
- A criança não brincou e apenas falou durante a sessão?

Como foi a forma do comportamento verbal da criança durante a sessão?

- A criança conseguiu estabelecer diálogo por meio de palavras com o psicólogo?
- A criança falou consigo mesma?
- A linguagem da criança foi infantilizada, incomum, ou esteve de acordo com sua idade?
- A criança emitiu frases ou palavras aparentemente inesperadas ou sem lógica formal ao longo da entrevista?

Como foi a forma do comportamento não verbal da criança durante a sessão?

- Como a criança se relacionou com o próprio corpo?
- Como a criança se movimentou na sessão?
- Como a criança manipulou os objetos?
- Houve atribuição de significado para os movimentos da criança ou foram atos involuntários e sem significação?

DIMENSÃO 3
ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DA ATIVIDADE LÚDICA DA CRIANÇA

Quais foram os objetos, brinquedos ou brincadeiras escolhidos pela criança?

- Os materiais escolhidos para brincar são de interesse comum de crianças da idade do paciente?
- A criança se interessou por brinquedos texturizados ou por brincadeiras de presença e ausência de objetos dentro de outros objetos?
- A atividade lúdica restringiu-se a agrupar elementos semelhantes e a organizá-los em fileiras, sem a criação de enredos?

Continua

QUADRO 18.11
Roteiro de análise da entrevista lúdica diagnóstica no referencial psicanalítico

- A criança apenas imitou gestos e ações do avaliador ou de algum brinquedo?
- A criança optou por criar histórias de faz de conta com os materiais escolhidos?
- A criança preferiu brincar com materiais que possa construir e destruir?
- Qual foi a preferência da criança em relação à estruturação do material?
- Qual foi a preferência da criança em relação à sistematização do material?
- Qual tipo de brincadeira foi sugerido pela criança (competição, lutas entre bem e mal ou entre duas pessoas, etc.)?
- A criança escolheu fazer desenhos?

Quais foram os enredos, cenas e conteúdos da atividade lúdica criados pela criança?

- Quais foram os temas principais das histórias e da sessão?
  - Quais foram os conflitos principais das histórias e da sessão como um todo?
  - Os conflitos dos temas do enredo estavam de acordo com o esperado para a idade?
  - Se a atividade lúdica da criança fosse um filme, que título poderia ser dado a ele?
  - Se a atividade lúdica da criança fosse um filme, que gênero (ação, terror, romance, comédia, etc.) poderia representar?
- Quais eram as características das personagens criadas ou encenadas na sessão?
  - Quem era o personagem principal dos enredos?
  - Quais eram as características físicas do personagem principal?
  - Quais eram as características psicológicas do personagem principal?
  - Quais eram as angústias predominantes do personagem principal?
  - Quais eram as características físicas e psicológicas dos demais personagens?
  - Quais eram as características do ambiente fictício criado pela criança em sua atividade lúdica?
  - Como a personagem principal se relacionou com as demais personagens?
  - Como se caracterizaram os diálogos entre as personagens?
  - Como o paciente reagiu quando o psicólogo sugeriu alguma característica para uma das personagens da história?
- Como ocorreram as resoluções dos conflitos dos enredos?
  - A história criada continha alternativas para o enfrentamento dos conflitos do enredo?
  - As alternativas de enfrentamento dos conflitos foram eficazes (satisfizeram a necessidade da personagem principal de maneira harmônica com as demais personagens)?
  - As alternativas de enfrentamento dos conflitos geraram frustração em alguma das personagens do enredo? Quais? Como elas reagiam a isso?
  - As alternativas de enfrentamento dos conflitos tinham características fantasiosas ou realísticas?
  - O conflito principal da história não foi resolvido ao final da brincadeira?
  - A personagem principal conseguiu resolver o conflito da história ou necessitou de auxílio de outras personagens ou situações?
  - A personagem principal participou da resolução do conflito da história ou esteve à mercê dos acontecimentos?
- Quais foram as fantasias expressas na brincadeira?
  - O que ou quem era responsável pelo adoecimento das personagens ou pela intensificação dos conflitos do enredo?
  - O que era necessário ocorrer para que os conflitos do enredo cessassem?
  - O que ou quem era responsável pela melhora das personagens ou pela diminuição dos conflitos do enredo?

Como ocorreu a produção de desenhos e pinturas na sessão?

- Suas produções foram adequadas à sua idade?
- O paciente demostrou ter capacidade simbólica ao produzir seus desenhos e pinturas?
  - As produções eram nomeadas ou eram acompanhadas de significados atribuídos pela criança?
  - As produções tinham relação com o restante das atividades lúdicas da sessão?
- O que os elementos gráficos sugeriram?
  - Como o papel foi usado?
  - Por onde a criança começou sua produção gráfica?
  - Onde a criança investiu mais tempo em sua produção gráfica?
  - Quais cores foram usadas para representar os elementos de sua produção gráfica?
  - Qual foi a intensidade da pressão de cada um dos elementos do desenho da criança?
  - Como a criança dispôs, na folha, os membros da família quando os desenhou?
  - Qual foi o tamanho de cada elemento representado na produção gráfica?
  - Houve a presença de linha de superfície?

QUADRO 18.11
Roteiro de análise da entrevista lúdica diagnóstica no referencial psicanalítico

  - Houve a presença de elementos bizarros em sua produção gráfica?
- Quais foram as associações (verbais e não verbais) feitas pelo paciente em relação às suas produções?
- Como o paciente reagiu em situações de frustração durante a produção de desenhos e pinturas?
  - O paciente usou borracha ou outro recurso quando necessitou reparar algo em sua produção gráfica?
  - O paciente rasgou ou amassou a folha quando errou algo?
  - O paciente usou insistentemente a borracha?
  - O paciente interrompeu sua atividade lúdica e deixou inacabada a produção gráfica? O que estava desenhando quando isso ocorreu?

Qual foi a sequência de brincadeiras proposta?
- Qual foi a ordem dos acontecimentos lúdicos?
- As brincadeiras iniciaram e foram concluídas de maneira organizada?
- As brincadeiras iniciaram e foram concluídas de maneira desorganizada ou caótica?
- As brincadeiras iniciaram organizadas e se desorganizaram com o passar do tempo da sessão?
- As brincadeiras iniciaram desorganizadas e se organizaram com o passar do tempo da sessão?
- O que estava ocorrendo no momento da interrupção ou troca de cada atividade lúdica?
- Qual a relação entre a atividade lúdica inicial e as subsequentemente propostas?

Qual foi o conteúdo do comportamento verbal?
- Sobre qual assunto a criança conversou com o psicólogo durante a sessão?
- O que a criança relatou sobre sua própria história, motivo da consulta, sonhos, acontecimentos da semana, novelas, desenhos animados, filmes, histórias e jogos?
- A criança relatou algo não esperado para sua idade?
- A criança aparentou sentir e pensar o mesmo do que disse sentir e pensar?

Qual foi o conteúdo do comportamento não verbal?
- Como se caracterizaram a marcha e os movimentos da criança nos diferentes momentos da sessão?
- Como a criança manipulou os objetos nos diferentes momentos da sessão?
- Como se caracterizaram o olhar e a expressão facial da criança nos diferentes momentos da sessão?
- A criança fez alguma mímica ao se comunicar com os brinquedos ou com o psicólogo?
- Quais ações estiveram presentes nos momentos de conflito da atividade lúdica?

DIMENSÃO 4
ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE ENCONTRO DA CRIANÇA COM O PSICÓLOGO

Qual foi a relação estabelecida entre a criança e o avaliador?
- Como a criança estabeleceu o vínculo com o avaliador?
  - Como a criança se apresentou para o psicólogo?
  - A criança lembrou do nome do psicólogo na segunda sessão?
  - A criança confiou no psicólogo como parceiro para sua brincadeira, convidando-o para interagir durante a atividade lúdica?
  - A criança preferiu brincar sozinha, sem a participação do psicólogo?
- Quais foram as construções do campo analítico?
  - Quais papéis foram designados ao psicólogo pela criança nas brincadeiras?
  - Quais papéis foram assumidos pela criança nas brincadeiras?
  - Que estilo comunicativo foi estabelecido entre a criança e o psicólogo?
  - Como pode ser descrita a interação estabelecida entre a criança e o psicólogo durante a sessão?
  - Como a criança reagiu às interferências/participações do psicólogo em sua brincadeira?
  - Como a criança reagiu à proposta do psicólogo para a realização de alguma brincadeira ou atividade?
  - Como a criança reagiu às interpretações ou assinalamentos feitos pelo psicólogo?
  - A criança associou, verbalmente ou na brincadeira, as interpretações do psicólogo com algo relacionado à sua realidade contextual?
  - A criança, ou seu jogo, se desorganizou após interpretações do psicólogo?

Quais foram os sentimentos despertados no psicólogo durante a entrevista?
- Quais foram as primeiras impressões do psicólogo ao encontrar com a criança?
- Como o psicólogo se sentiu ao longo da entrevista lúdica?

Continua

QUADRO 18.11
Roteiro de análise da entrevista lúdica diagnóstica no referencial psicanalítico

- Predominaram no psicólogo sentimentos agradáveis ou desagradáveis durante a sessão?
- Como o psicólogo reagiu aos comportamentos da criança ao longo da entrevista lúdica?
- A quais imagens, filmes, pensamentos ou situações o psicólogo associou a sua experiência de encontro com a criança em avaliação durante e depois da entrevista?
- Os sentimentos experimentados pelo psicólogo durante a entrevista são relatados por outras pessoas do convívio da criança?

aportes teóricos clássicos como as principais influências contemporâneas.

Cabe ressaltar que o roteiro deve permanecer em constante aprimoramento. Isso se faz necessário porque as patologias tendem a adquirir novas roupagens, os conflitos psíquicos, novas expressões, e os mediadores lúdicos, novas estruturas, exigindo uma articulação entre aportes teóricos e técnicos clássicos e inovadores para se atingir a compreensão do brincar infantil.

Considera-se, também, o fato de que nem todos os aspectos psíquicos do paciente poderão ser analisados mediante o uso do roteiro proposto. Alerta-se para a necessidade de o psicólogo ter consciência de que não conseguirá entender tudo o que a criança faz em uma sessão avaliativa. Concorda-se com autores que afirmam que o brincar e o desenho não são traduzíveis por inteiro para o verbal e, por isso, não podem ser entendidos em suas especificidades mais ocultas (Blinder et al., 2011). Assim, a relação entre a comunicação do paciente e a escuta do analista é marcada pelo natural estado de imprecisão, principalmente durante as etapas iniciais de um atendimento.

Destaca-se, ainda, a necessidade de o psicólogo que realiza avaliações psicológicas de crianças conhecer, além de si mesmo, as diferentes teorias psicanalíticas, para, então, estar mais sensível à escuta do sofrimento de seu paciente. Não se compactua, portanto, com a proposta do estudo exclusivo de sistematizações técnicas e analíticas sem a adequada fundamentação teórica. É esse preparo que fomentará a sensibilidade à escuta da palavra e da comunicação lúdica da criança.

REFERÊNCIAS

Aberastury, A. (1986). *Psicanálise da criança: Teoria e técnica*. Porto Alegre: Artmed. Originalmente publicado em 1962.

Affonso, R. M. L. (1999). Aspectos cognitivos no processo ludoterápico: A importância do "não" e da representação. *Psikhê, 4*(2), 9-14.

Affonso, R. M. L. (2005). A importância da epistemologia no ensino da avaliação psicológica no processo psicodiagnóstico. *Avaliação Psicológica, 4*(2), 183-193.

Affonso, R. M. L. (2011a). *Ludodiagnóstico: Análise cognitiva das representações infantis*. São Paulo: Vetor.

Affonso, R. M. L. (2011b). A contribuição da análise das noções de espaço, tempo e causalidade nas técnicas projetivas diagnósticas: Ludodiagnóstico e desenho da figura humana. *Psicologia: Teoria e Prática, 13*(1), 101-116.

Araújo, M. F. (2007). Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia: Teoria e Prática, 9*(2), 126-141.

Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições*. Porto Alegre: Artmed.

Baranger, W. (1992). A mente do analista: Da escuta à interpretação. *Revista Brasileira de Psicanálise, 26*(4), 573-586.

Bernardi, B. L. (2009). Introducción al trabajo de Madeleine y Willy Baranger: La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 108*, 198-222.

Blinder, C., Knobel, J., & Siquier, M. L. (2011). *Clínica psicanalítica com crianças*. Aparecida: Ideias & Letras.

Castro, M. G. K. (2004). Reflexões acerca da prática da psicoterapia com crianças: Uma ponte entre passado, presente e futuro. *Revista Brasileira de Psicoterapia, 6*(3), 301-316.

Colombo, R. L., & Agosta, C. B. de. (2005). *Abuso y maltrato infantil. Hora de juego diagnóstica. Vicente Lopez: Cauquen*.

Di Chiara, G. (1995). Apresentação. In A. Ferro (Ed.), *A técnica na psicanálise infantil: A criança e o analista, da relação ao campo emocional*. Rio de Janeiro: Imago.

Dockhorn, C. N. B. F., & Macedo, M. M. K. (2008). A complexidade dos tempos atuais: Reflexões psicanalíticas. *Psicologia Argumento, 26*(54), 217-224.

Dor, J. (1991). *Estrutura e perversões*. São Paulo: Artes Médicas. Originalmente publicado em 1987.

Efron, A. M., Fainberg, E., Kleiner, Y., Sigal, A. M., & Woscoboinik, P. (2009). A hora do jogo diagnóstica. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, & E. G. Piccolo (Eds.), *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes. Originalmente publicado em 1979.

Esquivel, F., Heredia, C., & Lucio, E. (1994). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.

Ferro, A. (1995). *A técnica na psicanálise infantil: A criança e o analista, da relação ao campo emocional*. Rio de janeiro: Imago.

Ferro, A. (2011). *Evitar as emoções, viver as emoções*. Porto Alegre: Artmed. Originalmente publicado em 2007.

Ferro, A., & Basile, R. (2013). Introdução. In A. Ferro, & R. Basile (Eds.), *Campo analítico: Um conceito clínico*. Porto Alegre: Artmed. Originalmente publicado em 2009.

Freud, A. (1986). *O ego e os mecanismos de defesa*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira. Originalmente publicado em 1936.

Freud, S. (1996). Psicanálise "silvestre". In S. Freud. *Sigmund Freud: Obra completa*. Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1910.

Greenspan, S. I., & Greenspan, N. T. (1993). *Entrevista clínica com crianças*. São Paulo: Artes Médicas.

Hallberg, S., & Ortiz, M. R. L. (2005). A importância do campo na prática da psicoterapia infantil: Um caso modelo. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, 4*(1), 99-108.

Kernberg, P. F., Chazan, S. E., & Normandin, L. (1998). The children's play therapy instrument (CTPI): Description, development, and reliability studies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*(3), 196-207.

Klein, M. (1981). *Psicanálise da criança*. São Paulo: Mestre Jou. Originalmente publicado em 1932.

Kornblit, A. (2009). Por um modelo estrutural da hora do jogo diagnóstica. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, & E. G. Piccolo (Eds.), *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes. Originalmente publicado em 1979.

Krug, J. S. (2014). *Entrevista lúdica diagnóstica psicanalítica: Fundamentos teóricos, procedimentos técnicos e critérios de análise do brincar infantil*. (Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Krug, J. S., & Seminotti, N. A. (2012). A realização imaginária do desejo inconsciente num grupo terapêutico de crianças em idade pré-escolar. *Ágora, 15*(1), 133-149.

Lerner, H. (2003a). Técnicas o rituales? In H. Lerner (Org.), *Psicoanálisis: Cambios y permanencias*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Lerner, H. (2003b). Psicoanálisis: Cambios y permanencias: A modo de introducción. In H. Lerner (Org.), *Psicoanálisis: Cambios y permanências*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Macedo, M. M. K. (2006). Latência e adolescência: Um olhar psicanalítico. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, 5*(1), 9-16.

Safra, G. (1984). Procedimentos clínicos utilizados no psicodiagnóstico. In W. Trinca (Ed.), *Diagnóstico psicológico: A prática clínica* (Vol. 11). São Paulo: EPU.

Sattler, J. M. (1996). *Evaluación infantil*. México: El Manual Moderno.

Stürmer, A., & Castro, M. G. K. (2009). A clínica com crianças e adolescentes: O processo psicoterápico. In: M. G. K. Castro, & A. Stürmer (Eds.), *Crianças e adolescentes em psicoterapia: A abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.

Werlang, B. G. (2000). Entrevista lúdica. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (2000). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott. *Da pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1947.

Yanof, J. A. (2006). Técnica na análise de crianças. In E. S. Person, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (Eds.), *Compêndio de psicanálise* (3. ed.). Porto Alegre: Artmed. Originalmente publicado em 2005.

Zimerman, D. E. (2005). *Psicanálise em perguntas e respostas: Verdades, mitos e tabus*. Porto Alegre: Artmed.

19

CUIDADOS NO ESTABELECIMENTO DO DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Jefferson Silva Krug
Flávia Wagner

O estudo do desenvolvimento infantil e o reconhecimento de processos psicopatológicos na infância são recentes, estando relacionados ao próprio entendimento contemporâneo da infância e do papel da criança na sociedade. Dificuldades em relação a questões comportamentais na infância não eram consideradas de ordem médica, mas de ordem moral, enquanto condições relacionadas a dificuldades cognitivas resultavam em marginalização. A psicopatologia na infância começa a ser reconhecida no século XIX, tendo seu maior progresso no século XX, período em que a testagem da inteligência, a psicanálise infantil e as teorias de Piaget e Vygotsky se desenvolveram com mais força (Rey et al., 2015).

Apesar de recente, a concepção atual da infância e adolescência como períodos cruciais para o desenvolvimento do indivíduo faz com que haja um investimento cada vez maior em prevenção e tratamento de condições psicológicas e/ou psiquiátricas nessa faixa etária. Por isso, com grande frequência os profissionais da saúde são procurados para analisar e orientar a respeito de questões comportamentais, emocionais e cognitivas. O psicólogo, em geral, a partir de sua linha teórica, procura formular hipóteses diagnósticas que possam auxiliar no estabelecimento do tratamento, na identificação das dificuldades que necessitam de encaminhamento para outros profissionais e na orientação dos familiares e da escola. No entanto, a avaliação diagnóstica de crianças e adolescentes requer cuidados específicos, que considerem, além dos aspectos sintomatológicos, os aspectos desenvolvimentais, familiares e sociais. Assim, o objetivo deste capítulo é apresentar uma discussão a respeito desses cuidados no processo avaliativo e no estabelecimento do diagnóstico realizado pelo psicólogo.

O CUIDADO COM AS IMPRESSÕES INICIAIS

Antes de discutir os elementos que podem fazer parte de um diagnóstico psicológico, é necessário esclarecer algumas noções sobre nossa compreensão de avaliação diagnóstica de crianças e adolescentes. Desde Freud, sabe-se que a questão diagnóstica é composta por uma ambiguidade que se caracteriza, por um lado, pela utilidade do estabelecimento precoce de um diagnóstico para determinar o tratamento e, por outro, pela certeza de que a pertinência do diagnóstico só é confirmada ao longo do tratamento (Dor, 1987/1991). As primeiras entrevistas configuram-se como uma aproximação inicial que produz uma orientação diagnóstica que se confirmará ou se modificará no transcorrer do tratamento (Blinder, Knobel, & Siquier, 2011).

Desde os primeiros textos de sua obra, Freud referiu-se ao fato de que o conflito latente nunca é claro no início de um acompanhamento, o que poderia fazer o profissional incorrer em erro diagnóstico se não considerasse esse fato. Os motivos dessa condição residem nos efeitos das defesas, além da dissimulação consciente. Dessa

forma, o diagnóstico não pode ser construído apenas a partir de fatos reais, uma vez que eles decorrem de histórias "contadas", portanto, subjetivas, que constituem os passos iniciais da elaboração do diagnóstico (Lowenkron & Frankenthal, 2001).

No caso do diagnóstico de crianças, um problema apresenta-se de antemão: a organização do aparelho psíquico e das defesas está em formação, não sendo possível equivaler o sintoma à doença. Essa realidade justifica ainda mais a realização de avaliações diagnósticas iniciais, em que se busca discernir as configurações do campo sobre o qual o profissional é chamado a intervir (Lowenkron & Frankenthal, 2001).

O CUIDADO COM O DIAGNÓSTICO PSICOPATOLÓGICO NA INFÂNCIA

Quando falamos em psicopatologia, temos de definir, em primeiro lugar, o que é considerado "normal". Existem múltiplos conceitos de normalidade e eles podem variar de acordo com a perspectiva teórica do clínico. B. J. Sadock, V. A. Sadock e Levin (2007) destacam quatro perspectivas: normalidade como saúde, caracterizada pela ausência de psicopatologia; normalidade como utopia, que concebe a normalidade a partir de um funcionamento ótimo do indivíduo; normalidade como média, que considera os comportamentos como fenômenos distribuídos de acordo com uma curva normal (curva de Gauss); e normalidade como processo, em que múltiplos sistemas e processos interagem estabelecendo mudanças ao longo do tempo, as quais são essenciais para o entendimento do que é normal. A definição da Organização Mundial da Saúde, que propõe a *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10* (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993), entende normalidade como um estado de bem-estar físico, mental e social. A quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2014, p. 20) define transtorno mental como uma ". . . síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental". Obviamente, cada uma dessas definições apresenta vantagens e desvantagens, e a operacionalização desses conceitos na prática clínica nem sempre é fácil.

Na infância e na adolescência, a definição de normalidade é ainda mais complexa. Em geral, as dificuldades são trazidas pelos pais, a partir de sua própria percepção ou de uma solicitação da escola. Em alguns casos, a criança ou o adolescente em questão pode não perceber ou não concordar que algo não esteja bem. Em geral, as dificuldades que resultam na busca por atendimento estão relacionadas a quatro áreas principais: sintomas emocionais, problemas comportamentais, atrasos no desenvolvimento e dificuldades no relacionamento (Goodman & Scott, 2012). Determinar se os sintomas relatados pelos pais e os dados coletados durante a avaliação psicodiagnóstica podem ser realmente considerados psicopatológicos requer conhecimento aprofundado do desenvolvimento considerado típico (Sadock et al., 2007), sem excluir a própria vivência subjetiva da criança ou do adolescente de seu(s) sintoma(s).

Podemos pensar, por exemplo, em uma criança com dificuldade para ficar longe da mãe ao ingressar em uma escola: esse comportamento é, até certo ponto, esperado quando se trata de crianças pequenas. O contrário, quando uma criança se desvincula com muita facilidade da mãe ou dos cuidadores na primeira infância, isso pode sugerir a presença de alguma psicopatologia. Além disso, outra questão que auxilia nessa análise é o impacto que os sintomas estão causando na vida da criança ou do adolescente. Isso pode ser avaliado por meio do prejuízo em diferentes áreas do funcionamento, como, por exemplo, no ambiente familiar, escolar ou ocupacional e social. A presença de sofrimento relatado pelo paciente também é um indicador, bem como, em menor grau, o relato de terceiros a respeito das dificuldades causadas por seu comportamento (Goodman & Scott, 2012).

O CUIDADO COM OS ELEMENTOS FAMILIARES E SOCIAIS

O primeiro aspecto a ser considerado no diagnóstico na infância e adolescência exige uma reflexão do avaliador sobre a história, a rotina e as características da família e seus integrantes, bem como sobre a dinâmica do funcionamento familiar. A literatura (Aberastury, 1962/1986; Castro, Capezatto, & Saraiva, 2009) aponta que a avaliação é o período em que se faz necessário compreender dados globais do paciente, incluindo hábitos familiares, rotinas, valores, entre outros.

Trabalhar com crianças implica conhecer como seus conflitos integram a dinâmica do sistema familiar (Yanof, 2006). O diagnóstico é sustentado pela análise de informações referentes à história da família, às rotinas de seus membros, às suas condições financeiras e à presença ou não de uma rede de apoio, como empregada, babá, etc. Também se avaliam as características pessoais e profissionais dos pais do paciente, uma vez que, como lembram Blinder e colaboradores (2011), devem-se considerar no diagnóstico as histórias e os desejos dos pais que sobredeterminam as características do filho. Do ponto de vista individual, leva-se em consideração o sexo da criança, sua história pregressa e atual, a aparência física, os hábitos de higiene, os afetos predominantes, a forma de se comunicar, a situação escolar, as preferências pessoais, relacionamentos com irmãos e amigos e como lida com sua privacidade.

A estrutura e a dinâmica familiar também devem ser consideradas para o estabelecimento do diagnóstico da criança. Para isso, ponderamos elementos como personalidade dos pais, interação e funcionamento entre os membros da família, fantasias predominantes da família e agregados, além de aspectos transgeracionais familiares. Avalia-se a relação do casal, as funções parentais, os vínculos, as visões dos pais quanto à criança e as condições de resiliência da família.

Entendemos que um dos objetivos das entrevistas com os pais é analisar a novela familiar, os lugares, as alianças e os vínculos entre os membros da família. Para tal, examinam-se as funções estruturais dos pais, como a função materna, a função paterna, a função dos avós e dos tios e o lugar da criança e de seus irmãos na constelação familiar.

O CUIDADO COM OS ELEMENTOS DESENVOLVIMENTAIS

Um psicodiagnóstico de criança ou adolescente deve levar em consideração elementos desenvolvimentais, que abrangem a avaliação das características cognitivas, psicomotoras e emocionais.

Para Castro e Levandowski (2009), o conhecimento amplo do desenvolvimento emocional normal é tão importante quanto conhecer e diagnosticar possíveis transtornos emocionais de crianças e adolescentes. Ressaltamos que a observação e a compreensão do paciente tendem a ser orientadas pela perspectiva teórica de trabalho do profissional sobre o desenvolvimento humano. Assim, falar em desenvolvimento em psicologia é uma tarefa complexa, pois exige um posicionamento sobre a que teorias do desenvolvimento o profissional está se referindo.

Escosteguy (2012, p. 8) entende que "Tanto para o processo de avaliação diagnóstica quanto no processo de escolha terapêutica, em relação aos sintomas ou falhas apresentadas pelo paciente, a questão do desenvolvimento, examinada sob múltiplos focos, ocupa posição central". Pine (apud Escosteguy & Litvin, 1998) propõe que o profissional compreenda o fenômeno do desenvolvimento a partir do conceito de fases. Assim, uma criança pode estar, simultaneamente, em uma grande variedade de fases, uma vez que nenhum conceito abrange a totalidade de sua experiência em cada idade. Portanto, dependendo da teoria utilizada, pode-se considerar, para fins diagnósticos, que uma criança de 2 anos esteja, ao mesmo tempo, na fase anal, enfrentando determinado aspecto da fase de separação-individuação, e na fase de formação da identidade de gênero. Essa compreensão integradora possibilita a ampliação do olhar do psicólogo sobre o fenômeno do desenvolvimento, não ficando restrito a apenas uma concepção teórica.

Para avaliar o desenvolvimento cognitivo, utilizamos, entre outras coisas, brinquedos e jogos como instrumentos para essa avaliação, assim como a referência do desempenho escolar da criança e o resultado de testes psicométricos. Já o desenvolvimento psicomotor, aspecto também abordado na literatura (Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal, & Woscoboinik, 1979/2009; Greenspan & Greenspan, 1993; Werlang, 2000), engloba o diagnóstico de aspectos como motricidade fina, motricidade ampla, marcha e coordenação dos membros superiores e inferiores. O desenvolvimento psicomotor, juntamente com o cognitivo, deve ser interpretado de maneira dinâmica em relação aos elementos emocionais do diagnóstico psicológico (Affonso, 2012a; Castro & Levandowski, 2009).

Os aspectos emocionais incluem diferentes tópicos do desenvolvimento afetivo, podendo tomar como base diversas teorias. A Figura 19.1 (Escosteguy & Litvin, 1998), por exemplo, compila diferentes teorias psicológicas sobre o desenvolvimento emocional infantil e suas correspondências em relação à idade. A avaliação dos aspectos desenvolvidos nessas teorias mostra-se útil para a construção de um diagnóstico psicológico de crianças e adolescentes.

1° ANO DE VIDA (Pré-verbal)					2° ANO DE VIDA			
Idade cronológica Teorias	0-2 meses	3-5 meses	6-9 meses	10-12 meses	13-18 meses	19-24 meses	25-36 meses	3 a 5 anos
S. FREUD	Fase oral (Narcisismo)				Fase anal			Período edípico
ERIKSON	1° ano de vida: 1ª idade Confiança básica X Desconfiança Básica				2° ano de vida: 2ª idade Autonomia X Vergonha e Dúvida			3ª idade
M. KLEIN	Posição esquizoparanóide (objeto parcial) ↔		Posição depressiva (objeto total) →					
WINNICOTT	Fase de dependência absoluta (Início de formação do verdadeiro *self*/objeto subjetivo) Preocupação Materna Primária Funções maternas: * *Holding* (sustentação) e * *Handling* (toque) Onipotência/Ilusão		Fase de dependência relativa Capacidade de preocupação Mãe suficientemente boa Objeto transicional Desmame/Desilusão		Rumo à independência →			
BION	Bebê: Identificação projetiva / Vínculos K, H e L / Ps ↔ Pd Funções maternas: * revêrie (pensamento: função *alfa*) * continência (transformação da ansiedade)							
M. MAHLER	(Autismo normal)	Simbiose	**Processo de Separação – Individuação** (1) Subfase de diferenciação (*self*/objeto)	(2) Subfase de experimentação ou treinamento ou prática Funções maternas: abastecimento	(3) Subfase de reaproximação (Narcísico--vulnerável)	(4) Rumo à constância Objetal →		
SPITZ	1° organizador: sorrisosocial		2° organizador: fobia do 8° mês (ao estranho)	(Depressão anaclítica)		3° organizador: "não" (palavra/gesto)		
KOHUT	Formação do *self* (Narcisismo) → Funções parentais – *Self*-objetos: empatia, espelhamento, idealização							
Pontos teóricos de patologia	PSICOSE				*BORDERLINE*			NEUROSE

FIGURA 19.1 / Comparação das diferentes teorias psicológicas sobre o desenvolvimento emocional infantil e suas correspondências em relação à idade.
Fonte: Escosteguy e Litvin (1998).

O desenvolvimento emocional inclui, ainda, a capacidade da criança e do adolescente para lidar com determinadas situações e realizar certas operações que não envolvem apenas aspectos cognitivos ou psicomotores. Assim, avaliamos, principalmente, as capacidades de simbolizar e representar algo que não está concretamente presente, além das capacidades de criatividade, abstração e tolerância à frustração.

A capacidade de simbolizar é entendida como a condição da criança de fazer trocas com o psicólogo, distanciar-se dos dados concretos de sua história, dar sentido aos objetos a sua volta, bem como criar histórias, brincar, imaginar e usar metáforas. Metaforizar pode ser definido como um modo como os seres humanos caracterizam sua experiência. As metáforas transformam o concreto em algo mais complexo (Yanof, 2006), sendo, assim, uma espécie de brincadeira por meio de palavras (Gueller, 2008), e estariam, portanto, diretamente relacionadas à capacidade criativa da criança, geralmente observada por meio do uso de materiais desestruturados, em momentos em que perde em algum jogo ou quando erra na produção de seus desenhos. Em adolescentes, por exemplo, observa-se isso em relação à capacidade de atribuir sentido às suas escolhas por músicas, filmes, passatempos, ídolos, entre outros. Também recomendamos avaliar aspectos do desenvolvimento emocional como as capacidades de vínculo, *insight*, reparação, resiliência, integração, continência, organização e de lidar com a culpa.

Para muitos psicólogos, o diagnóstico da problemática ou crise da criança e do adolescente, como afirma Affonso (2011b), é realizado dentro do contexto evolutivo. Nesse modelo, a investigação das etapas e de suas aquisições cognitivas e emocionais tem papel de destaque. Castro e Levandowski (2009) entendem ser importante que, no trabalho analítico, o profissional complemente sua visão clínica com conhecimentos provenientes da psicologia do desenvolvimento, o que o auxiliará no estabelecimento de diagnósticos mais precisos, tendo em vista os parâmetros da normalidade.

Embora se compactue com a valorização da avaliação do desenvolvimento da criança, cabe realizar uma importante ressalva. Pensar esses elementos do ciclo vital como etapas sucessivas traz, em si, um paradoxo. Por um lado, remete à ideia de sequência e ordenamento que possibilita uma descrição das etapas constitutivas do ser humano. Por outro, sugere uma padronização que pode anular o olhar à complexidade e à singularidade da experiência de vida (Macedo, 2006, p. 10).

> Pode-se pensar em . . . um tipo de ordenamento do que é compartilhado e, até mesmo, definido frente a critérios mais estáveis e comuns às pessoas, o que chamaríamos de uma visão mais própria da Psicologia do Desenvolvimento. Contudo, pode-se também optar por . . . um olhar que enfatiza a complexidade dos ordenamentos psíquicos e a dinamicidade de experiências. Portanto, desde esse ponto de vista ganha espaço a opção por um olhar interrogativo que visa não apenas o *comportamento* humano, mas principalmente, aspectos referentes ao processo de *subjetivação*.

Dessa forma, é importante considerar, na reflexão diagnóstica, os elementos desenvolvimentais à luz da *experiência* da criança, não apenas em relação ao *comportamento* esperado para sua idade.

O CUIDADO COM OS ELEMENTOS SINTOMATOLÓGICOS

Qualquer diagnóstico na infância e na adolescência não pode prescindir de um exame apurado dos motivos da consulta e das características do sintoma dos pacientes. Isso se justifica, entre outros aspectos, na medida em que, para a literatura (Aberastury, 1962/1986; Blinder et al., 2011; Castro et al., 2009), os motivos manifestos conscientemente trazidos por pais e pacientes quanto ao seu sofrimento merecem uma reflexão especial para a compreensão dos motivos latentes inconscientes de seu sofrimento.

Dessa forma, levamos em consideração, para o diagnóstico, o motivo da consulta, em especial três aspectos: os conflitos e sofrimentos relatados pela criança ou adolescente, as razões referidas pelos pais que explicariam tal sofrimento e o porquê do momento da busca pela avaliação. Castro e colaboradores (2009) afirmam que, no período de avaliação que precede o processo psicoterápico, é importante fazer alguns questionamentos sobre o porquê da procura de atendimento naquele momento e se há algo especial que a motivou. Os conflitos são analisados quanto à razão, ao grau de enfermidade e à consciência da criança ou do adolescente, assim como em relação às semelhan-

ças e diferenças quanto ao que preocupa os pais e o filho. Por isso, mostra-se importante investigar as fantasias de doença, cura e análise, e fazer um exame da adequação da demanda.

Os sintomas merecem a escuta atenta dos profissionais. A descrição detalhada e, principalmente, os desencadeantes dos sintomas são muito importantes para um posterior diagnóstico psicológico. A investigação do diagnóstico a partir de uma perspectiva nosológica é uma das abordagens que o psicólogo pode utilizar. Esse tipo de diagnóstico tem como base sistemas classificatórios como o DSM-5 (APA, 2014) e a CID-10 (OMS, 1993). Obviamente, inúmeras preocupações surgem quando se objetiva classificar algo tão complexo como o comportamento humano, ainda mais quando se trata de crianças e adolescentes. Uma das principais críticas diz respeito a uma má interpretação de que a criança esteja sendo classificada, quando, de fato, o que é classificado é o transtorno (Volkmar, Schwab-Stone, & First, 2002). Há, diante disso, um temor de que o indivíduo seja rotulado e seu comportamento reduzido a uma lista de sinais e sintomas, sem considerar aspectos desenvolvimentais, sociais, familiares e culturais.

Apesar das críticas, a descrição do sofrimento psíquico em termos nosológicos pode oferecer benefícios ao diagnóstico na infância e adolescência. A classificação dos transtornos mentais tem como objetivos principais facilitar a comunicação em contextos clínicos e de pesquisa e possibilitar a identificação de um conjunto de informações relevantes sobre cada transtorno, incluindo curso, prognóstico e comorbidades mais frequentes, que poderão auxiliar no estabelecimento do tratamento e na avaliação do sucesso da intervenção. No contexto da educação e da saúde pública, o estabelecimento de um diagnóstico descritivo também permite o acesso a serviços complementares, como tratamentos especializados e métodos de ensino adaptados às necessidades da criança ou do adolescente (Volkmar et al., 2002).

O diagnóstico descritivo é necessário, e a compreensão das causas, as explicações do sofrimento e os aspectos descritivos da patologia são fundamentais a ele. Como afirmam Blinder e colaboradores (2011, p. 44), deve-se avaliar não apenas o sintoma, mas ir além dele, analisar o que não se vê à primeira vista. O profissional ". . . não escuta o sintoma como sinal de algo que não funciona, mas o que se tenta encobrir com ele". Portanto, o diagnóstico deve almejar, também, o sentido do sintoma, devendo este permear o raciocínio do psicólogo em todas as modalidades de atendimento clínico (Romano, 1999).

A observação e a descrição das manifestações psíquicas baseadas no sintoma, dessa forma, podem não ser suficientes para a formulação do diagnóstico psicológico. A aparência do sintoma pode induzir a erros de avaliação (Lowenkron & Frankenthal, 2001), o que gera a necessidade de escuta de outros elementos. Para tanto, o psicólogo utilizará sua teoria de base, que oferecerá aportes para explicar o desenvolvimento de determinada patologia. No caso da psicanálise, por exemplo, podemos chamar esses elementos de "metapsicológicos".

O CUIDADO COM OS ELEMENTOS METAPSICOLÓGICOS

Esse componente do diagnóstico psicológico de crianças e adolescentes pode incluir, por exemplo, elementos como o nível de funcionamento/estrutura, o padrão de relações objetais, o tipo de ansiedade/angústia predominante, o nível de autonomia, o nível de pensamento, os recursos egoicos, as representações de *self* e a dinâmica do campo analítico.

Alguns psicólogos privilegiavam, nos processos avaliativos, a reflexão sobre as vicissitudes de constituição do inconsciente de seus pacientes. O foco nesses aspectos, em detrimento da consciência, reserva um espaço importante para a análise do funcionamento psíquico a partir das falhas no processo de recalcamento, que impediriam a simbolização por possibilitarem a invasão de conteúdos conflitivos na consciência. Nesse sentido, também é referida, assim como na literatura (Espasa & Dufour, 1994/1997), a avaliação das características libidinais, táticas amorosas e destinos pulsionais que emergem da configuração do inconsciente do paciente, representados pelos pontos de fixação e tipos de conflito (p. ex., pré ou pós-edípico).

Outro aspecto avaliado é o nível de funcionamento mental do paciente. Também definido como organização da estrutura psíquica da criança, trata-se de um elemento de reflexão acerca dos tipos de organização psíquica e agrupamentos psicopatológicos definidos pela teoria. São exemplos disso as organizações neurótica, psicótica, perversa e *borderline*. Para Efron e colaboradores (1979/2009), as crianças neuróticas apresentam expressão lúdica com reconhecimento parcial da

realidade, coexistindo áreas livres de conflito e outras mais regressivas. Já na estrutura psicótica, predominaria o brincar concreto, estereotipado e distante do "como se". Essas organizações, a partir da Primeira Tópica freudiana, poderiam ser entendidas examinando o predomínio de processos primários e secundários e, a partir da Segunda Tópica, como resultantes das diferentes configurações da dinâmica entre id, ego e superego (Castro et al., 2009; Efron et al., 2009; Espasa & Dufour, 1994/1997). Efron e colaboradores (1979/2009) entendem que a análise do conteúdo da personificação do brincar infantil permite avaliar, por meio da qualidade e da intensidade das identificações, o equilíbrio existente entre superego, id e realidade.

Além disso, outros aspectos descritos na literatura (Blinder et al., 2011), como o modelo de relação objetal predominante da criança, também são avaliados. Para isso, examinam-se as posições paranoide e depressiva propostas por Klein, e as características de integração e desintegração de si e dos objetos. O mesmo ocorre em relação ao tipo de angústia/ansiedade predominante na criança.

Os níveis de autonomia e de pensamento também têm lugar na reflexão diagnóstica de crianças e adolescentes. Em relação a esses aspectos, analisa-se a dependência e a independência da criança ou do adolescente e o pensamento concreto ou abstrato como elemento diagnóstico.

Os recursos egoicos são elementos metapsicológicos costumeiramente avaliados em crianças e adolescentes, algo recomendado em modelos de análise descritos na literatura (Castro et al., 2009; Espasa & Dufour, 1994/1997). Inclui-se, aqui, a reflexão sobre as áreas psíquicas livres de conflitos e os mecanismos de defesa. Estes últimos são entendidos em sua relação com as fases do desenvolvimento psicossexual, na sua apresentação plástica ou rígida e em seu predomínio ou sua inexistência no quadro clínico da criança ou adolescente. Efron e colaboradores (1979/2009) entendem que a plasticidade egoica se manifesta quando a criança consegue expressar a mesma fantasia ou defesa por meio de diferentes mediadores, ou quando uma grande riqueza interna é comunicada por meio de poucos elementos que assumem múltiplas funções no jogo. A rigidez, por sua vez, é a tendência a recorrer ao mesmo mediador lúdico sempre que a criança está em uma situação potencialmente desorganizadora.

Um estudo realizado por Krug (2014) apontou que, durante as entrevistas lúdicas diagnósticas, profissionais que refletem sobre recursos egoicos do paciente costumam avaliar a presença e a intensidade de mecanismos de defesa como repressão, negação, identificação, identificação projetiva, cisão, dissociação, projeção, renegação, desmentida, formação reativa, isolamento de afeto, intelectualização, introjeção e sublimação. Além disso, levam em consideração as representações de *self* dos pacientes como consequência do uso dos mecanismos de defesa. Isso inclui, como exposto na literatura (Blinder et al., 2011), a construção ou não de um falso *self* e a maneira como a criança se vê em relação à família e à escola.

Por fim, integramos, ao grupo de aspectos componentes do diagnóstico psicológico, a dinâmica do campo analítico. Portanto, para o estabelecimento do diagnóstico psicológico nessa abordagem, é preciso incluir a análise da transferência, da contratransferência e das resistências à avaliação. Esses elementos são aspectos técnicos que auxiliam a compreender todos os outros elementos metapsicológicos descritos neste tópico.

Para identificar a transferência, observam-se as narrativas dos pacientes e a personificação feita em sessão. A dinâmica do campo analítico é examinada a partir da reflexão dos fenômenos narrativos cogerados pelo psicólogo e pelo paciente. A escuta é feita, portanto, a partir do "adoecimento" do campo pela doença do paciente, sendo traduzido e interpretado, entre outros aspectos, mediante a análise da transferência e da contratransferência (Ferro, 2007/2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o diagnóstico psicológico de crianças e adolescentes está alicerçado no domínio e no uso de formulações teóricas que, por sua vez, são construções advindas da reflexão clínica e da formação do profissional. Para Blinder e colaboradores (2011), o período diagnóstico inicial coloca em jogo os elementos teóricos que fizeram parte da formação do profissional, já que esse processo depende dos critérios que ele maneja, que se articulam com as conceituações metapsicológicas sobre as quais repousam sua escuta.

Para que o diagnóstico psicológico da criança ou do adolescente atenda seu principal objetivo no psicodiagnóstico, ou seja, orientar em direção à indicação terapêutica e ao encaminhamento, é preciso abordar, durante a avaliação, os elementos familiares e sociais, os elementos desenvolvimentais, os elementos sintomatológicos e os

elementos metapsicológicos implicados no caso atendido. Não é possível afirmar que todos os psicólogos avaliam todos esses elementos citados em seus processos psicodiagnósticos. É comum observar que os critérios que compõem o diagnóstico psicológico na infância e na adolescência variam bastante entre profissionais, o que decorre da maior ou menor influência de teorias e autores em suas práticas. Cada profissional tem um conjunto de referências que, articuladas, configuram sua base teórica e técnica de trabalho, influenciando quais os elementos diagnósticos a serem considerados ou mais valorizados. Portanto, ressalta-se que o uso ou não dos elementos de reflexão diagnóstica aqui apresentados depende dos aspectos teóricos com que cada profissional trabalha (Krug, 2014).

Por mais que este capítulo tenha aprofundado o olhar psicanalítico ao propor a inclusão de elementos metapsicológicos na reflexão diagnóstica na infância e na adolescência, entende-se que qualquer teoria psicológica reconhecida pode oferecer seus parâmetros de análise, que serão fundamentais para a integração dos dados colhidos durante o psicodiagnóstico de crianças e adolescentes. Tendo isso em mente, recomenda-se que cada profissional possa analisar e reconhecer os limites de sua prática, dispondo-se a articular diferentes aspectos teóricos por meio de encaminhamentos que julguem ser benéficos ao paciente.

REFERÊNCIAS

Aberastury, A. (1986). *Psicanálise da criança: Teoria e técnica*. Porto Alegre: Artmed. Originalmente publicado em 1962.

Affonso, R. M. L. (2012a). O sintoma no diagnóstico infantil. In R. M. L. Affonso (Ed.), *Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo*. Porto Alegre: Artmed.

Affonso, R. M. L. (2012b). *Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo*. Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Blinder, C., Knobel, J., & Siquier, M. L. (2011). *Clínica psicanalítica com crianças*. Aparecida: Ideias & Letras.

Castro, E. K. de, & Levandowski, D. C. (2009). Desenvolvimento emocional normal da criança e do adolescente. In: M. G. K. Castro, & A. Stürmer (Eds.), *Crianças e adolescentes em psicoterapia: A abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.

Castro, E. K. de, Campezatto, P. V. M., & Saraiva, L. A. (2009). As etapas da psicoterapia com crianças. In: M. G. K. Castro, & A. Stürmer (Eds.), *Crianças e adolescentes em psicoterapia: A abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.

Dor, J. (1991). *Estrutura e perversões*. São Paulo: Artes Médicas. Originalmente publicado em 1987.

Efron, A. M., Fainberg, E., Kleiner, Y., Sigal, A. M., & Woscoboinik, P. (2009). A hora do jogo diagnóstica. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, & E. G. Piccolo (Eds.), *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes. Originalmente publicado em 1979.

Escosteguy, N. U. (2012). A integração de múltiplos vértices na formação dos psicoterapeutas da infância e da adolescência. *Revista Brasileira de Psicoterapia, 14*(2), 7-11.

Escosteguy, N. U., & Litvin, E. M. (1998). Ensaio para uma integração: Desenvolvimento e psicanálise. *CEAPIA, 11*(1), 13-27.

Espasa, F. P., & Dufour, R. (1997). *Diagnóstico estrutural na infância*. Porto Alegre: Artmed. Originalmente publicado em 1994.

Ferro, A. (2011). *Evitar as emoções, viver as emoções*. Porto Alegre: Artmed. Originalmente publicado em 2007.

Goodman, R., & Scott, S. (2012). *Child and adolescent psychiatry* (3rd ed.). Oxford: Wiley-Blackwell.

Greenspan, S. I., & Greenspan, N. T. (1993). *Entrevista clínica com crianças*. Porto Alegre: Artmed.

Gueller, A. S. de. (2008). O jogo do jogo. In A. S. de Gueller, & A. S. L. de Souza (Eds.), *Psicanálise com crianças: Perspectivas teóricoclínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Krug, J. S. (2014). *Entrevista lúdica diagnóstica psicanalítica: Fundamentos teóricos, procedimentos técnicos e critérios de análise do brincar infantil*. (Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Lowenkron, A. M., & Frankenthal, V. (2001). O problema da avaliação diagnóstica em psicanálise de crianças. In R. B. Graña, & A. B. S. Piva, *A atualidade da psicanálise de crianças: Perspectivas para um novo século*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Macedo, M. M. K. (2006). Latência e adolescência: Um olhar psicanalítico. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, 5*(1), 9-16.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.

Rey, J. M., Assumpção, F. B., Bernad, C. A., Çuhadaroğlu, F. C., Evans, B., Fung, D., ... Schleimer, K. (2015). History of child and adolescent psychiatry. In J. M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Romano, R. A. (1999). O estabelecimento do diagnóstico em psicanálise. *Revista Psico USF, 3*(2), 23-37.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Levin, Z. (2007). *Kaplan and Sadock's study guide and self-examination review in psychiatry* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Volkmar, F. R., Schwab-Stone, M., & First, M. (2002). Classification in child and adolescent psychiatry: principles and issues. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Werlang, B. G. (2000). Entrevista lúdica. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Yanof, J. A. (2006). Técnica na análise de crianças. In E. S. Person, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (Eds.), *Compêndio de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

20

TESTAGEM PSICOLÓGICA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Juliane Callegaro Borsa
Monalisa Muniz

Este capítulo abordará variáveis importantes a serem consideradas em uma testagem psicológica com crianças e adolescentes. Os apontamentos aqui discutidos contribuirão para que os dados advindos da testagem sejam coletados e interpretados de maneira adequada para a população infantojuvenil. O leitor pode pensar: "mas os testes psicológicos já nos orientam sobre seu público-alvo e como deve ser realizada sua aplicação, correção e interpretação". Sim, os manuais desses testes instruem sobre a sua administração; no entanto, é imprescindível que o avaliador conheça uma série de elementos que farão o material colhido por meio do teste ser realmente útil para a avaliação psicológica, que é o processo no qual a testagem é inserida. Assim, inicialmente se discorrerá sobre a avaliação psicológica e a testagem psicológica dentro desse processo; em seguida, serão trabalhadas as especificidades para o público infantojuvenil; e, por fim, será discutida a necessidade de mais testes para essa população.

A avaliação psicológica é um processo técnico e científico realizado com pessoas ou grupos de pessoas que requer metodologias específicas de acordo com cada área de conhecimento. Ela é dinâmica e constitui-se em fonte de informações de caráter explicativo sobre os fenômenos psicológicos, com a finalidade de subsidiar trabalhos nos diferentes campos de atuação do psicólogo, entre eles os da saúde, da educação, do trabalho e outros setores em que se fizer necessária. Trata-se de um estudo que requer planejamento prévio e cuidadoso, de acordo com a demanda e com os fins para os quais a avaliação se destina (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013). Conhecimentos em diversas áreas da psicologia, como, por exemplo, psicopatologia, psicologia do desenvolvimento, psicologia da personalidade e processos cognitivos básicos, devem ser associados ao corpo teórico e prático de conhecimentos específicos da avaliação psicológica. Esse conjunto de informações deve estar presente em todo o processo de avaliação psicológica para que sejam realizadas interpretações adequadas advindas do material recolhido durante o processo (Nunes et al., 2012).

Entre as ferramentas de coleta de informações utilizadas na avaliação psicológica, estão os testes psicológicos, que são definidos como procedimentos sistemáticos de observação e registro de comportamentos com o objetivo de descrever e/ou mensurar características e processos psicológicos (CFP, 2003). Assim, na avaliação psicológica, pode ser conduzida uma testagem psicológica, que, segundo Cohen, Swerdlik e Sturman (2014), é um método que se utiliza de instrumentos e/ou procedimentos construídos com a finalidade de mensurar variáveis associadas ao contexto da psicologia. Com isso, a testagem faz parte do processo de avaliação psicológica, que é uma investigação mais ampla para a compreensão do funcionamento do ser humano.

Tanto a avaliação quanto a testagem psicológica são atividades complexas e demandam competências e habilidades específicas dos psicólo-

gos. Neste capítulo, serão tratadas de forma mais detalhada a testagem psicológica em crianças e adolescentes, mas é imprescindível que tais competências e habilidades estejam consolidadas na prática profissional do psicólogo. Para melhor detalhamento e compreensão sobre esse assunto, recomenda-se a leitura do Código de Ética do Profissional de Psicologia (CFP, 2005), das Diretrizes para o uso de testes (International Test Comission [ITC], 2000) e de Nunes e colaboradores (2012).

Uma formação sólida das competências e habilidades prepara o psicólogo para lidar com as especificidades da avaliação psicológica, como, por exemplo, quem é o sujeito ou grupo a ser compreendido. A condução e as estratégias assumidas no processo da avaliação psicológica dependerão do sujeito ou grupo que será avaliado. O mesmo cabe aos testes psicológicos, e, com isso, vários aspectos citados como importantes para o processo de avaliação psicológica, tais como conhecimentos de outras áreas da psicologia e análise das informações interpretadas com demais dados, também se aplicam para a testagem psicológica.

Gauy e Guimarães (2006) descrevem que os primeiros trabalhos de avaliação infantojuvenil tinham como finalidade verificar a frequência, a duração e a taxa de comportamentos em determinados contextos. Posteriormente, o foco passou a ser a natureza e a causa dos comportamentos, o que demandou a inclusão de novos agentes e instrumentos no processo, como outros informantes e instrumentos comportamentais com maior amplitude. As autoras também apontam a complexidade da avaliação dos transtornos nessa população, que, dadas as características do desenvolvimento, apresenta maior dificuldade em expressar e em reconhecer suas emoções.

Conforme apontado por Bird e Duarte (2002), quando se tem por objetivo a identificação de problemas psiquiátricos em crianças e adolescentes, há desafios e particularidades diferentes dos da população adulta. O período do desenvolvimento, especialmente das crianças, pode limitar a maneira como percebem e lidam com os problemas emocionais. Para que ocorra um diagnóstico efetivo nessa faixa etária, é necessário um procedimento de avaliação que utilize diversas fontes de informação, além da aplicação de medidas padronizadas adaptadas para essa população.

Os apontamentos de Gauy e Guimarães (2006) e Bird e Duarte (2002) justificam ainda mais os cuidados a serem tomados com a avaliação e o teste psicológico para a população infantojuvenil. Assim, a prática da testagem psicológica requer uma série de cuidados técnicos e éticos que garantirão sua efetividade. Tais cuidados são inerentes a qualquer contexto e demanda, porém, na prática com crianças e adolescentes, é preciso atenção especial. Os resultados obtidos por meio dos testes psicológicos devem ser sempre considerados de forma contextualizada, atrelados aos resultados das demais técnicas e procedimentos conduzidos ao longo do processo, como a entrevista, a hora do jogo e a observação.

Além disso, é importante que os resultados dos testes psicológicos também sejam confrontados com os dados advindos de outros informantes, como pais, professores, amigos e outros cuidadores e familiares, os quais poderão fornecer informações úteis sobre o comportamento da criança ou do adolescente no seu cotidiano. Do mesmo modo, as informações advindas de outros profissionais, como neurologistas e fonoaudiólogos, poderão ser de extrema valia, pois fornecem dados específicos de suas áreas de conhecimento que, por sua vez, serão importantes para a investigação conduzida pelo psicólogo ao longo do processo de avaliação psicológica. Concordando com Rocha, Emerich e Silvares (2014), a inclusão de múltiplos informantes é fundamental, já que permitirá ao psicólogo uma melhor e mais completa compreensão do caso, auxiliando na tomada de decisão mais adequada quanto à indicação terapêutica. Ressalta-se que a interpretação dos resultados dos testes é outro aspecto que merece atenção especial. É importante considerar que crianças e adolescentes sofrem significativa influência de referências externas, como a família, a escola, os pares, entre outros. Nesse sentido, é importante que os resultados não sejam taxativos e considerem o atual momento de vida do sujeito avaliado.

Outra prática útil para a compreensão do caso é a investigação realizada *in loco*, visando conhecer as características dos comportamentos da criança ou do adolescente na escola, em casa ou em outros contextos de interação. Tal prática permitirá ao psicólogo obter informações que dificilmente seriam apreendidas por meio de testes padronizados, garantindo, assim, uma visão sistêmica da queixa apresentada no início da avaliação psicológica. Um exemplo dessa prática é a visita do psicólogo à escola da criança que chega para avaliação com a queixa de problemas de

aprendizagem. Nessa visita, o profissional poderá entrevistar os professores, conhecer a sala de aula ou observar as atividades de pátio, a fim de compreender como e com quem a criança interage. Essas informações poderão auxiliar na compreensão da dificuldade de aprendizagem, considerando as possíveis variáveis envolvidas para além dos déficits cognitivos. Estaria essa criança com dificuldade de atenção decorrente de aspectos individuais ou de fatores distratores externos? Estaria apresentando dificuldades de interação com seus pares, repercutindo nas dificuldades acadêmicas? A relação entre o professor e a criança poderia estar contribuindo para essa dificuldade? Que outras variáveis do contexto podem estar influenciando na etiologia e manutenção dos problemas de aprendizagem?

É preciso salientar, também, que toda e qualquer dificuldade psicológica, seja ela cognitiva ou afetiva/emocional, é, em alguma medida, sempre multifatorial. Assim, o psicólogo deve considerar os aspectos do contexto social, cultural e familiar do avaliando. Por exemplo, se a criança ou adolescente apresenta dificuldade de relacionamento, demonstrando comportamentos agressivos, é necessário que o psicólogo investigue em que contexto essas atitudes ocorrem e compreenda a dinâmica das relações que o paciente estabelece com seus pares, familiares e professores. Essas informações serão úteis para corroborar os dados obtidos na testagem, permitindo uma compreensão mais ampla do comportamento agressivo.

Também deve-se considerar o contexto e os objetivos da avaliação. A testagem realizada no contexto clínico apresentará características distintas da testagem realizada no contexto hospitalar, escolar ou jurídico, por exemplo. Independentemente do contexto e dos objetivos da avaliação, a aplicação dos testes deve estar sempre atrelada a outros procedimentos e técnicas. Porém, na clínica, o processo de investigação tende a ser mais longo e mais complexo. Essas características permitem uma postura mais exploratória por parte do psicólogo, que fará uma análise detalhada dos sintomas investigados e das possíveis relações entre eles e outras características e eventos de vida do avaliando. Já no contexto jurídico, escolar ou hospitalar, a testagem geralmente tem característica mais pontual, visto que cumpre responder a um objetivo mais específico, como, por exemplo, avaliação em caso de disputa de guarda, orientação vocacional ou avaliação pré-cirúrgica. Essas diferentes características e demandas são essenciais para a escolha dos testes psicológicos a ser aplicados, que poderão ser mais breves e objetivos (como escalas, inventários e *checklists*) ou mais complexos (como técnicas projetivas e expressivas). Quanto aos testes psicológicos, deve-se salientar que esses instrumentos não são capazes de responder sozinhos a todas as questões levantadas no processo de avaliação psicológica. Os testes são ferramentas úteis, porém complementares às informações oriundas de outras fontes, métodos e técnicas, de que o psicólogo necessariamente deve lançar mão ao conduzir a avaliação psicológica (CFP, 2003).

Outro aspecto importante na testagem com crianças e adolescentes refere-se aos cuidados com a aplicação dos testes. Sobre esse ponto, que se aplica a qualquer testagem, cabe mencionar uma frase de Cunha (2000, p. 113): ". . . o foco da testagem deve ser o sujeito, e não os testes". A infância e a adolescência são etapas do desenvolvimento caracterizadas por importantes aquisições neurológicas, cognitivas, afetivas e sociais. Crianças e adolescentes podem apresentar diferentes características psicológicas, dependendo da etapa do desenvolvimento em que se encontram. Por isso, é preciso considerar essas especificidades ao planejar a testagem. São necessários testes específicos para diferentes fases do desenvolvimento e um ambiente que permita que a criança ou o adolescente sintam-se capazes de se expressar livremente, de acordo com suas próprias demandas e possibilidades. Uma criança de 5 anos, por exemplo, apresenta capacidade de compreensão e verbalização muito distinta da apresentada por uma criança de 10 anos. Do mesmo modo, os contextos de interação, a autonomia e o desenvolvimento cognitivo e socioemocional de uma criança pré-escolar são distintos dos de crianças mais velhas. Devido a esses aspectos, é importante que seja respeitada a faixa etária a que os testes se destinam.

Cunha (2000) apresenta algumas recomendações para a administração de testes e técnicas, especificando algumas particularidades no manejo com crianças quanto à estrutura do ambiente e à organização do material. A autora pontua a necessidade de o ambiente de aplicação ser adequado, com os materiais disponibilizados de maneira a facilitar o processo de testagem para o próprio psicólogo e a interação do avaliando com o material. Esse aspecto pontuado por Cunha é importante para qualquer avaliando, mas requer atenção especial quando se trata de crianças, a

começar pela ergonomia do local de testagem. O ambiente deve ter mesa e cadeira adequadas ao tamanho da criança, caso contrário, ela será prejudicada. Por exemplo, o Teste da Casa-Árvore-Pessoa, conhecido como HTP (Buck, 2003), propõe que o sujeito realize três desenhos, utilizando papel, lápis e borracha. Para tanto, o psicólogo deverá disponibilizar uma mobília que deixe a criança confortável para a execução da tarefa. O mesmo ocorre com diversos subtestes da Escala Wechsler para Avaliação da Inteligência em Crianças – WISC-IV (Wechsler, 2013), como, por exemplo, a montagem de cubos, em que os materiais devem estar à altura do campo de visão da criança. Além disso, a disposição dos materiais e o que deve estar presente durante a aplicação também merecem cuidados. Diferentemente do adulto, a criança, e até mesmo o adolescente, tem mais dificuldade em manter a atenção em um determinado estímulo por um tempo prolongado. Dessa forma, um ambiente com muitos estímulos desnecessários pode distrair o avaliando, prejudicando a execução da tarefa. Então, como mencionado por Cunha (2000), a depender da quantidade de material necessária para a testagem, pode-se dispor de uma mesa auxiliar para organizar o instrumento e somente arrumar o necessário na mesa principal, como deve ser feito para o WISC-IV, cujos materiais devem estar organizados separadamente, sendo apresentados um a um à criança.

Ainda sobre a aplicação dos testes psicológicos, Cunha (2000) alerta que há uma tendência do psicólogo a elaborar explicações que ele considera mais fácil para a criança compreender, o que se configura como um desrespeito ao critério de padronização. Aqui é extremamente relevante lembrar que, quando se trata de teste psicológico aprovado pelo CFP, há um manual que detalha de forma criteriosa como as explicações sobre a realização do teste devem ser transmitidas ao avaliando. Tais instruções devem ser seguidas, pois também foram alvo de pesquisa e análise durante a validade do teste, e modificações na maneira de explicar podem até mesmo invalidar as interpretações dos resultados. Lembre-se que todo teste é um instrumento padronizado, que deve ser aplicado da mesma maneira em qualquer sujeito, já que formas diferentes de aplicação e de instrução podem interferir nas respostas. Em síntese, os procedimentos de aplicação propostos nos manuais dos testes devem ser seguidos de forma rigorosa, a fim de garantir que a criança ou o adolescente possam compreender, de forma clara, os procedimentos de aplicação. Caso seja realmente imprescindível modificar a forma de explicar e aplicar o teste, a análise não poderá ser baseada nas tabelas normativas e nas interpretações padronizadas e validadas para o instrumento, devendo ser realizada somente uma análise qualitativa da produção do sujeito avaliado, ponderando seu desempenho ao realizar o teste. Esse tipo de situação, em que há modificação na explicação e na aplicação, tende a ocorrer em avaliações neuropsicológicas. De acordo com Lezak, Howieson e Loring (2004), essas mudanças são importantes para esse tipo de avaliação, conforme o quadro clínico apresentado pelo avaliando, e a análise deve se pautar em observação qualitativa das respostas ao teste, procurando identificar como a pessoa respondeu e quais foram suas dificuldades e facilidades.

Para ilustrar esse tipo de situação, pode-se pensar em uma criança que esteja apresentando nível de desatenção elevado. O psicólogo irá mensurar sua capacidade cognitiva por meio de um teste de inteligência com 30 itens, em que somente os três primeiros são utilizados para explicar o que a criança deve fazer para realizar as tarefas e que há tempo limite de duração. Provavelmente, durante a aplicação do teste, o profissional terá de retomar diversas vezes o que a criança precisa fazer. Nesse sentido, não será possível avaliá-la dentro do tempo limite estipulado nas instruções do teste. No entanto, essas duas modificações são necessárias para que o psicólogo consiga avaliar melhor a capacidade cognitiva, minimizando a influência da desatenção no desempenho no teste. Assim, mesmo que o resultado obtido não seja comparado aos dos demais sujeitos da sua idade, justamente porque houve mudanças na aplicação do teste (tempo e instruções), o avaliador poderá ter informações mais detalhadas sobre a capacidade cognitiva do avaliando, pois, durante a aplicação, pode observar como a criança raciocina sobre as tarefas.

Além de todos esses cuidados na aplicação, correção e interpretação dos resultados dos testes, há outro elemento precioso que precede a testagem, que é a conversa inicial, também conhecida pelo termo *rapport*. Novamente citando Cunha (2000), não se deve administrar testes ou técnicas sem ter estabelecido uma conversa inicial. Essa interação inicial tem a função de criar um clima descontraído e de confiança para o avaliando, o que possibilita uma realização do teste

mais genuína, ajudando a diminuir a ansiedade e a aumentar a atitude de cooperação. Esse momento pode ser mais complicado quando se trata de crianças e adolescentes, já que a demanda inicial advém de pais, professores e médicos, e não de si próprio. Então, é importante que o psicólogo saiba conduzir essa conversa inicial, atentando ainda mais para uma postura acolhedora e compreensiva dessa situação.

Assim como a conversa inicial, as técnicas gráficas tendem a ser recomendáveis como técnicas "quebra-gelo", especialmente com crianças (Cunha, 2000). O desenho e outras atividades lúdicas, como jogos estruturados, atividades com argila e brincadeiras com bonecos de pano, são familiares às crianças e, por isso, pouco ansiogênicas, se comparadas aos testes padronizados. Entre os testes psicológicos, existem alguns que são de mais fácil aceitação, como é o caso do HTP ou do Desenho da Figura Humana – DFH (Wechsler, 2003). O HTP é um teste projetivo que também reúne essas características, podendo ser utilizado no início de uma sessão de testagem (Borsa, 2010). Já o DFH apresenta-se como uma técnica útil sobretudo com crianças, pois se trata de uma tarefa não verbal de expressão gráfica (Borsa & Bauermann, 2013). Essas técnicas também são úteis quando a criança já está cansada, após a realização de testagens mais complexas, como é o caso do WISC-IV. No entanto, Cunha (2000) salienta que a utilização dessas técnicas não deve preencher toda a sessão, para que não fique a impressão de que todo encontro será preenchido de forma estritamente lúdica. É importante considerar, porém, casos em que a criança ou o adolescente não dispõem de condições emocionais ou cognitivas para a realização de um teste, situação que exige o uso de um número maior de técnicas lúdicas, em detrimento dos testes psicológicos. Um exemplo claro são os casos de crianças e adolescentes com déficits cognitivos importantes e que não conseguem compreender o enunciado de um teste ou interpretar adequadamente determinado estímulo. Outro exemplo são as avaliações realizadas com crianças pré-escolares que contam com um número limitado de testes para sua faixa etária. Testes que requerem contar histórias também não são indicados para avaliandos com dificuldade significativa na verbalização. Em todos esses casos, as técnicas lúdicas poderão ser as principais fontes de informação.

Também são comuns casos em que a criança se sente muito mobilizada com determinado conteúdo presente no estímulo de um teste. Em uma avaliação conduzida pela primeira autora deste capítulo, a criança foi convidada a responder ao Teste de Apercepção Infantil Figuras de Animais (CAT-A). Nas figuras cujos estímulos abordavam a presença da figura materna, a criança colocava as mãos nas orelhas, na tentativa de tapá-las, verbalizando que "aquelas histórias eram feias" e reportando conteúdos de abandono e privação. Ficou evidente seu sofrimento ante o conteúdo mobilizador e, portanto, optou-se por interromper a aplicação. Essa experiência pode levar a pensar que talvez o CAT-A não seja o melhor teste a ser aplicado, por exemplo, com crianças abandonadas e institucionalizadas, dadas suas características. A segunda autora, em situação de supervisão de estágio, conduziu um caso em que uma criança com 5 anos se recusou a realizar todos os testes propostos, embora estivesse disposta a brincar com a caixa lúdica. Durante as brincadeiras, a estagiária conseguiu obter respostas para diversas perguntas, as quais não seriam possíveis na aplicação de outros tipos de técnicas. As respostas dadas pela criança eram sempre por meio dos brinquedos da caixa – por exemplo, manipulando os animais ou os bonecos.

Por meio das questões apresentadas anteriormente, pode-se perceber que a escolha dos instrumentos e das técnicas é muito importante para o processo avaliativo. Além de boas escolhas contribuírem para o acolhimento inicial do avaliando, também é de extrema relevância saber identificar qual instrumento deve ser utilizado para a investigação da demanda, bem como que tipo e formato de teste são mais adequados para a situação e para o avaliando. A escolha por um tipo de instrumento deve considerar a demanda trazida para investigação e as hipóteses levantadas pelo psicólogo durante o processo. Então, somente deve-se aplicar um instrumento que avalia habilidades sociais caso essa seja uma demanda inicial ou o psicólogo perceba dificuldades da criança ou do adolescente nessa área. É importante que o profissional seja assertivo no momento de planejar a bateria de instrumentos a ser administrada. Deve-se sempre optar por instrumentos que de fato possam cumprir com os objetivos iniciais da avaliação. O psicólogo deve escolher testes de qualidade, adequados para a faixa etária e a demanda trazida pelo avaliando.

Outros aspectos também devem ser observados no tocante à escolha dos testes psicológicos a serem utilizados. Como descrito por Cunha

(2000), é importante atentar para as características demográficas do avaliando (idade, sexo, nível sociocultural, entre outras), e também para a presença de condições específicas, como alguma limitação ou deficiência permanente ou temporária. A autora cita a questão de o avaliando utilizar óculos ou aparelho auditivo. Essas variáveis são decisivas na avaliação e na testagem, e muitas vezes passam despercebidas para o profissional desatento. No trabalho com crianças e adolescentes, esses são aspectos que devem ser investigados já no início da avaliação, principalmente com crianças, já que se trata de problemas orgânicos que tendem a ser observados somente quando se inicia a vida escolar. Prejuízos na audição e na visão, mesmo em tratamento, podem ser obstáculos para a utilização de diversos testes. Por exemplo, uma criança que usa óculos e que apresenta um grau elevado de miopia poderá ter dificuldade de responder a diversos testes de inteligência que exigem a percepção de estímulos pequenos, com detalhes que demandam uma boa acurácia visual. O cuidado com essas questões no início do processo também pode revelar uma demanda inicial equivocada. Por exemplo, o avaliador recebe uma criança de 6 anos de idade cuja queixa da escola e dos pais é a dificuldade em aprender a ler e escrever, e parece que com isso também está mais isolada das demais crianças. Há diversas hipóteses que o avaliador pode investigar. Entre elas, é importante que seja averiguado se a criança tem algum problema auditivo ou visual e se já consultou algum oftalmologista e otorrinolaringologista, pois a dificuldade pode estar relacionada a um problema de visão ou audição que, ao ser tratado, possibilitará melhor desenvolvimento na aprendizagem.

Falando em aprendizagem, também é importante verificar a capacidade de leitura e compreensão de texto das crianças e adolescentes, principalmente ao utilizar testes psicológicos de autorrelato ou de desempenho que dependem da interpretação de textos. Para avaliar a inteligência e a personalidade, dois construtos sempre importantes, em especial nas crianças, há diversos formatos de testes. Caso seja observado que a leitura não está bem desenvolvida, é possível utilizar testes expressivos que demandem a construção de um desenho, o relato de uma história, a observação de figuras para a verificação de características da personalidade, e testes com figuras geométricas ou pictóricas para mensurar a capacidade cognitiva.

Fadiga, falta de atenção e aspectos motivacionais também devem ser considerados. Nas crianças, o cuidado maior é com o tempo de duração da testagem, pois aquelas com menos idade tendem a cansar mais rapidamente e apresentam menor capacidade de manter a atenção por muito tempo em uma mesma atividade. Já com os adolescentes, o aspecto motivacional carece de maior cuidado, principalmente quando se encontra na sessão contrariado ou obrigado por seus pais ou responsáveis. É necessário atentar à forma como o avaliando responde ao teste, pois o resultado obtido pode ser advindo de uma atitude negligente e não responsável ao realizar a tarefa. Nas técnicas gráficas, por exemplo, é comum que adolescentes desenhem de forma muito rápida e sem detalhes (p. ex., figuras unidimensionais), de modo a concluir logo a tarefa. Também é comum que façam desenhos com elementos impactantes ou que descrevam conteúdos fantásticos, sarcásticos, agressivos e chocantes, com o objetivo de chamar a atenção do psicólogo. Em casos de testes para avaliação cognitiva, a validade dos resultados pode ser totalmente comprometida quando o avaliando se comporta de forma displicente e desatenta, ou responde de forma aleatória. Instrumentos para a avaliação de inteligência, por exemplo, podem ser respondidos de maneira apressada, sem que o avaliando, de fato, complete o raciocínio.

No que se refere aos instrumentos de autorrelato, outra variável merece atenção: a desejabilidade social. Em avaliações de indicadores emocionais e da personalidade, o avaliando pode não ser sincero em suas respostas devido a uma alta desejabilidade social, ou seja, as respostas a determinados itens podem ser embasadas no julgamento que a pessoa faz de qual resposta é a mais adequada socialmente, e não em seu próprio comportamento.

De modo geral, os testes de autorrelato dependem da interpretação dos itens, mas também da percepção que o sujeito tem de si quando responde a instrumentos que avaliam personalidade e aspectos socioemocionais. Por exemplo, pode-se pensar na criança ou no adolescente que irá responder a um teste de habilidades sociais. Suas respostas serão embasadas na percepção que tem das situações de relacionamentos interpessoais. Imagine uma afirmação como "Ajudo meus colegas de escola quando eles não compreendem a matéria", e, diante de tal frase, a criança precisa atribuir se sempre, às vezes ou nunca ajuda. A res-

posta emitida pode ser "sempre", mas essa é a percepção da criança, que pode ou não condizer com a frequência desse seu comportamento. Claro que um teste é composto por um conjunto de informações, mas distorções perceptivas podem ocorrer em diversos itens, e o resultado final poderá não ser o real.

Os cuidados também são válidos quando se trabalha com testes de heterorrelato, ou seja, quando o instrumento é respondido por outras pessoas que não a própria criança ou adolescente. Geralmente, as pessoas convidadas a preencher esses testes são os pais ou responsáveis e os professores. Embora úteis, esses tipos de testes contam com um importante viés, que é o julgamento de um terceiro sobre o comportamento da criança ou adolescente. Adultos tendem a avaliar esses comportamentos a partir de seus próprios valores ou julgamentos, o que, muitas vezes, impede uma avaliação isenta e imparcial. Além disso, pais tendem a comparar um filho com os outros filhos ou com filhos de seus amigos, ao passo que professores tendem a avaliar a criança ou o adolescente comparando-os com outros alunos (Ben-Arieh, 2005). Para minimizar os vieses pertinentes aos diferentes testes psicológicos, a melhor opção é unir informações advindas de diversos informantes e de diferentes métodos e técnicas. Um exemplo de viés comum nos instrumentos de auto e heterorrelato refere-se à avaliação dos problemas de comportamento de crianças e adolescentes. Os comportamentos internalizantes, por serem mais privados e terem menor repercussão no ambiente, são mais bem avaliados pela própria criança. Já os comportamentos externalizantes causam mais impacto no ambiente e nas relações interpessoais, portanto, são mais facilmente observados por terceiros (Borsa, Souza, & Bandeira, 2011; Lins, Alvarenga, Paixão, Almeida, & Costa, 2012).

Sobre a variável socioeconômica e deficiências que a criança ou o adolescente podem apresentar, há um tipo de teste denominado de provas assistidas (Linhares, 1995) ou testes dinâmicos (Sternberg & Grigorenko, 2002). Tais testes são destinados, principalmente, a mensurar capacidades cognitivas, como o potencial de aprendizagem, sendo especialmente importantes para crianças que não estão se desenvolvendo em um contexto com recursos para a aprendizagem e/ou que apresentam alguma dificuldade de aprendizagem ou deficiência física. Nesse tipo de testagem, há uma situação de aprendizagem durante a aplicação, e o avaliador pode fornecer à criança diversos tipos de auxílio para a realização da tarefa (Linhares, 1995). No entanto, no Brasil, apesar de alguns pesquisadores estudarem o tema e até terem construído testes dinâmicos, é um formato pouco conhecido e que esbarra nos requisitos mínimos para um teste ser considerado válido e, por consequência, adequado para uso. A maior dificuldade encontrada para esse tipo de teste refere-se aos estudos de normatização, já que são voltados principalmente para a análise e interpretação do próprio desempenho do avaliando, o quanto e como ele consegue resolver uma tarefa a partir de ajudas e das suas dificuldades. Para melhor conhecimento sobre o assunto e os testes dinâmicos existentes, inclusive construídos para a população brasileira, sugere-se a leitura dos livros: *Avaliação cognitiva assistida: fundamentos, procedimentos e aplicabilidade* (Linhares, Escolano, & Enumo, 2006); e *Crianças em risco de desenvolvimento e aprendizagem: atualizações e pesquisas na área da avaliação assistida* (Enumo, Dias, & Paula, 2014) – que traz, em seu primeiro capítulo, uma relação com toda a produção nacional sobre o tema (Enumo & Dias, 2014).

Diante do contexto descrito até o momento sobre a testagem psicológica em crianças e adolescentes, não há como negar o alto grau de complexidade desse procedimento na avaliação psicológica, que é um processo ainda mais amplo e complexo. Aliado a todos os pontos aqui debatidos, é fundamental que os testes utilizados apresentem um conjunto robusto de evidências de validade que garantam sua efetividade, ou seja, que avaliem aquilo que de fato se propõem a avaliar.

Para serem empregados na prática profissional por psicólogos, os testes psicológicos precisam ser avaliados e aprovados pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi). O Satepsi é o sistema do CFP responsável pela elaboração de critérios de qualidade e a consequente aprovação dos testes psicológicos disponíveis no mercado brasileiro. Uma vez que os testes atendam ao conjunto de critérios estabelecidos, é emitido o parecer favorável, indicando a adequação de seu uso no contexto brasileiro. Atualmente, a lista do Satepsi conta com testes psicológicos para a avaliação de diferentes construtos psicológicos e destinados a diferentes públicos e contextos. No entanto, observa-se que grande parte desses testes é destinada a adultos. O número de instrumentos disponíveis para avaliação de crianças e adoles-

centes ainda é escasso. Especificamente, observa-se um número mais restrito de instrumentos disponíveis para avaliação de crianças em idade pré-escolar. Essa realidade exige que o psicólogo utilize outros métodos e técnicas, de modo a buscar informações mais robustas e detalhadas sobre as características do avaliando.

Um levantamento realizado na página do Satepsi na internet em maio de 2015, especificamente para este capítulo, mostra que, dos 153 testes psicológicos aprovados para uso do psicólogo, 52 abrangem a faixa etária dos 2 anos e meio até os 16 anos, sendo que não foi possível verificar a população-alvo de quatro instrumentos (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos [Satepsi], 2015). Desses, para a faixa etária infantojuvenil, 31 são para avaliação da inteligência, da criatividade ou de processos cognitivos básicos; 10 para mensurar personalidade (6 expressivos e 4 escalas); 3 para investigar habilidade social; 2 para estresse; 1 para depressão; 1 para autocontrole; 1 para motivação para aprender; e 1 para autoconceito. Além disso, há duas escalas de heteroavaliação, uma para a verificação de sintomas do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e outra para habilidades sociais, problemas de comportamento e competências na escola. No entanto, os instrumentos não tendem a avaliar toda a faixa etária infantojuvenil, alguns avaliam mais crianças e outros adolescentes.

Esse levantamento embasa o que foi dito anteriormente sobre a escassez de instrumentos para a população pré-escolar, pois, para crianças abaixo dos 6 anos, há somente oito testes, sendo seis para mensuração da inteligência ou de processos cognitivos e dois para personalidade (uma escala e um expressivo). No entanto, para crianças com 4 anos, há três testes; para crianças a partir de 3 anos e 9 meses, dois testes; e somente um teste que avalia a partir dos 2 anos e meio, sendo todos para a cognição. Essa situação reforça a necessidade da utilização de técnicas gráficas para essa faixa etária, conforme já apontado neste capítulo.

Tal panorama indica a necessidade de estudos de validação de novos testes psicológicos que permitam avaliar outros construtos e que possam ser aplicados em populações específicas, como crianças pré-escolares ou jovens com necessidades especiais (deficientes visuais, indivíduos com déficits intelectuais, indivíduos com altas habilidades e com diferentes disfunções psicomotoras, entre outros). Nesse contexto, pontua-se a urgência de estudos de padronização e normatização de testes psicológicos para os diferentes contextos e realidades culturais do Brasil.

REFERÊNCIAS

Ben-Arieh, A. (2005). Where are thechildren? Children's role in measuring and monitoring their well-being. *Social Indicators Research, 74*, 573-96.

Bird, H. R., & Duarte, C. S. (2002). Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: Orientando políticas de saúde mental. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(4), 162-163.

Borsa, J. C. (2010). Considerações sobre o uso do teste da casa-árvore-pessoa: HTP. *Avaliação Psicológica, 9*(1), 151-154.

Borsa, J. C., & Bauermann, M. (2013). O desenho da figura humana na avaliação da agressividade infantil. *Avaliação Psicológica, 12*(2), 273-274.

Borsa, J. C., Souza, D., & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria e Prática, 13*(2), 15-29.

Buck, J. N. (2003). *H-T-P: Casa-árvore-pessoa: Técnica projetiva de desenho: Manual e guia de interpretação*. São Paulo: Vetor.

Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. D. (2014). *Testagem e avaliação psicológica: Introdução a testes e medidas*. Porto Alegre: Artmed.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2003). *Resolução CFP nº 002/2003*. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/03/resolucao2003_02_Anexo.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2005). *Resolução CFP nº 010/05*. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/07/resolucao2005_10.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2013). *Cartilha avaliação psicológica – 2013*. Brasília: CFP. Recuperado de http://satepsi.cfp.org.br/docs/cartilha.pdf

Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Enumo, S. R. F., & Dias, T. L. (2014). A avaliação assistida em pesquisas brasileiras: Uma breve contextualização. In: S. R. F. Enumo, T. L. Dias, & K. M. P. Paula (Orgs.), *Crianças em risco de desenvolvimento e aprendizagem: Atualizações e pesquisas na área da avaliação assistida*. Curitiba: Juruá.

Enumo, S. R. F., Dias, T. L., & Paula, K. M. P. (Orgs.). (2014). *Crianças em risco de desenvolvimento e aprendizagem: Atualizações e pesquisas na área da avaliação assistida*. Curitiba: Juruá.

Gauy, F. V., & Guimarães, S. S. (2006). Triagem em saúde mental infantil. *Psicologia: Teoria e pesquisa, 22*(1), 05-16.

International Test Commission (ITC). (2000). International guidelines for test use. *International Journal of Testing, 1*(2), 93-114.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). New York: Oxford University.

Linhares, M. B. M. (1995). Avaliação assistida: Fundamentos, definição, características e implicações para a avaliação psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 11*(1) 23-31.

Linhares, M. B. M., Escolano, A. C. M., & Enumo, S. R. F. (2006). *Avaliação assistida: Fundamentos, procedimentos e aplicabilidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lins, T., Alvarenga, P., Paixão, C., Almeida, E., & Costa, H. (2012). Problemas externalizantes e agressividade infantil: Uma revisão de estudos brasileiros. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(3), 59-75.

Nunes, M. F. O., Muniz, M., Reppold, C. T., Faiad, C., Bueno, J. M. H., & Noronha, A. P. P. (2012). Diretrizes para o ensino de avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica, 11*(2), 309-316.

Rocha, M. M., Emerich, D. R., & Silvares, E. F. M. (2014). Avaliação de comportamentos agressivos utilizando a perspectiva de diferentes informantes. In J. C. Borsa, & D. R. Bandeira (Orgs.), *Comportamento agressivo na infância: Da teoria à prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). (2015). *Lista completa dos testes*. Recuperado de http://satepsi.cfp.org.br/listaTeste.cfm

Sternberg, J. R., & Grigorenko, E. L. (2002). *Dynamic testing: The nature and measurement of learning potential*. Cambridge: University Press.

Wechsler, D. (2013). *Escala Wechsler de inteligência para crianças: WISC IV* (4. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wechsler, S. M. (2003). *DFH III: O desenho da figura humana: Avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças brasileiras*. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

LEITURAS RECOMENDADAS

Sisto, F. (2006). Desenho da figura humana: Escala Sisto. São Paulo: Vetor.

Tavares, M. (2003). Validade clínica. Psico-USF, 8(2), 125-136.

Urbina, S. (2007). Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artmed.

21

PSICODIAGNÓSTICO DE IDOSOS

Irani I. de Lima Argimon
Tatiana Quarti Irigaray
Murilo Ricardo Zibetti

O processo de avaliação psicodiagnóstica exige, essencialmente, um raciocínio clínico que visa uma compreensão dinâmica do funcionamento do paciente, tanto de suas potencialidades quanto de suas dificuldades. Para realizar esse tipo de avaliação, é necessário que o profissional esteja habilitado e atento a questões como gênero, idade e grau de instrução do indivíduo. Nesse sentido, cabe ressaltar que é cada vez mais comum que profissionais da área da psicologia recebam pacientes com idade igual ou superior a 60 anos (Karel, Gatz, & Smyer, 2012). Isso ocorre devido à ampliação da parcela de idosos na população em geral (Carvalho & Rodrigues-Wong, 2008) e ao surgimento de uma nova geração de idosos, que envelheceu mais saudável fisicamente e começou a se preocupar com sua saúde mental (Karel et al., 2012). A partir dessa nova demanda, mostra-se necessário um esforço para que a elaboração do psicodiagnóstico nessa população esteja alinhada às demandas específicas dessas pessoas. Assim, para uma avaliação adequada, não se podem aplicar os mesmos procedimentos de outras faixas do ciclo vital, como os da adultez, sendo necessário buscar técnicas e testes específicos e adequados para idosos.

O objetivo do psicodiagnóstico no atendimento geriátrico é investigar o atual estado cognitivo, afetivo, psicomotor, sexual e social do idoso. Assim, quando um idoso é encaminhado para avaliação, deve haver preocupação sobre quem o está encaminhando com a pressuposição de "problemas psicológicos". Isso é importante, pois, em alguns casos, a apresentação de sintomas é clara e o diagnóstico é preciso; mas, em outros, quando há uma ou várias patologias que se entrecruzam, o diagnóstico pode ser difícil. Nesses casos, a avaliação é um procedimento fundamental para a equipe de saúde, bem como para as pessoas que se relacionam com o idoso, ou seja, familiares e cuidadores. Ela auxilia no diagnóstico diferencial e na detecção de alterações mínimas e de disfunções em estágios iniciais, contribuindo para o planejamento do tratamento e para o acompanhamento da evolução do quadro, repercutindo, assim, em uma ação mais efetiva e criteriosa quanto a tratamentos e cuidados necessários, mesmo em casos muito complexos.

No que diz respeito à prevalência de transtornos mentais em idosos, observa-se que não é maior do que em outras faixas etárias. No entanto, sua distribuição é diferente, com aumento significativo de quadros neurodegenerativos em detrimento de outros transtornos, como os psicóticos e os do desenvolvimento (Herrera, Caramelli, Silveira, & Nitrini, 2002; Karel et al., 2012). Estudos norte-americanos apontam que, incluindo as demências, mais de 20% dos idosos apresentam algum transtorno mental (Karel et al., 2012). Verifica-se que uma gama de transtornos mentais vem sendo diagnosticada nessa população. Por exemplo, dos idosos atendidos na emergência psiquiátrica da Santa Casa de São Paulo, mais de 40% apresentavam algum transtorno do humor (sobretudo depressão) (Almeida, 1999). Ainda foram encontrados índices significativos

de pacientes com quadro demencial (15%), quadros ansiosos (14%), esquizofreniformes (14%) e dependência química (2%), sobretudo alcoolismo. Contudo, vale salientar que, nessa faixa etária, a distinção entre quadros neurológicos e psiquiátricos e funcionamento saudável é uma tarefa complexa, pois diversas comorbidades e muitos quadros neurodegenerativos apresentam alterações comportamentais e de personalidade simultaneamente a dificuldades cognitivas (Damasceno, 1999; Karel et al., 2012). Considerando essas dificuldades diagnósticas, é cada vez mais frequente que profissionais da saúde solicitem uma avaliação psicológica do idoso – o psicodiagnóstico – por um profissional especializado da área.

Em suma, a avaliação psicológica em idosos pode contribuir para diagnósticos diferenciais, auxiliar na prescrição de tratamento psicoterapêutico e farmacológico e fornecer orientação a pacientes e cuidadores sobre as estratégias que podem ser implementadas para ampliar a funcionalidade e o bem-estar dos pacientes. Além disso, tem sido utilizada em processos de interdição jurídica, apontando se o paciente encontra-se apto ou não para manter suas atividades laborais ou administrar sua vida civil de forma independente, sobretudo nos casos em que há dúvida quanto ao diagnóstico de quadro demencial.

O objetivo deste capítulo é apresentar as principais características do psicodiagnóstico em idosos a partir da experiência clínica e da revisão da literatura. A fim de garantir uma leitura mais didática e prazerosa, foi organizado em subseções que apresentam: as demandas que levam ao psicodiagnóstico em idosos; os principais quadros diagnosticados na prática; a operacionalização do psicodiagnóstico; duas vinhetas clínicas; e considerações finais.

O PACIENTE E AS DEMANDAS DO PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO

O psicodiagnóstico clínico em idosos é cada vez mais recorrente, sobretudo se forem contadas as demandas com foco no perfil cognitivo. As formas que normalmente levam os pacientes idosos a chegar ao consultório são: 1) por intermédio de familiares; 2) por indicação de médico (muitas vezes geriatras, psiquiatras ou neurologistas); 3) por exigência jurídica (casos de possível interdição ou necessidade de declaração do funcionamento cognitivo do idoso para processos de doação, testamento, entre outros); e 4) por vontade própria, com queixa de problemas de memória ou após perdas importantes na vida.

Quando o paciente idoso chega ao consultório de forma autônoma, isso, provavelmente, é indicativo de que ele está orientado, o que é um bom sinal sobre sua saúde cognitiva. Com frequência, observam-se nesses pacientes estados emocionais decorrentes do luto pela perda do cônjuge e de amigos e pela quantidade aumentada de doenças físicas. Também pode-se verificar a redução geral das atividades devido à falta de planejamento e à desadaptação com a aposentadoria. No entanto, a demanda mais comum é a percepção subjetiva de declínio cognitivo, uma realidade em quase um terço dos idosos (Argimon, Irigaray, & Stein, 2014; Riedel-Heller, Matschinger, Shork, & Angermeyer, 1999). Entre aqueles com queixa cognitiva, há os saudáveis, com perfil de personalidade mais queixoso; os com transtorno depressivo maior instalado ou com sintomatologia depressiva; e, ainda, os que começam a sentir os primeiros sintomas de um quadro neurodegenerativo incipiente.

O número crescente de idosos independentes e sem grandes alterações comportamentais que procuram um psicodiagnóstico também parece estar relacionado com a divulgação científica. Nesse sentido, na medida em que se tem divulgado a importância do diagnóstico precoce de doenças neurodegenerativas e, também, a estreita relação entre genética e surgimento de transtornos psiquiátricos, é comum que os idosos busquem, de forma preventiva, avaliação. Por isso, é relativamente comum que aqueles com história familiar de doenças como depressão, ansiedade e demência demandem por avaliação psicológica sem o encaminhamento de um profissional da área da saúde. Torna-se importante salientar que a tarefa do profissional não é somente avaliar os déficits do paciente, mas também identificar os aspectos sadios, inclusive como estratégia terapêutica.

Embora a busca independente pelo psicodiagnóstico seja uma prática crescente na atualidade, a maioria dos idosos recorre à avaliação devido à percepção, por parte de seus familiares (ou cuidadores), de alterações comportamentais, emocionais ou cognitivas. Em geral, o encaminhamento é feito por profissionais da área da saúde que, além de exames tradicionais, exigem um psicodiagnóstico. Nesses casos, os primeiros aspectos a serem considerados são a disponibilidade do idoso para o processo psicodiagnóstico e a fide-

dignidade das informações obtidas por meio da entrevista com ele.

Em relação à disponibilidade, cabe salientar que é preciso dar, na entrevista inicial, espaço e voz para o idoso, reservando um momento a sós com o profissional. É necessário estabelecer um vínculo de confiança, ouvir o idoso em suas demandas e, principalmente, explicar o processo psicodiagnóstico e os resultados que serão alcançados a partir dele. Os dados obtidos na entrevista individual devem ser checados com outro informante (familiar ou cuidador), sobretudo se há suspeitas de demência. Nesses casos, é muito comum os idosos subestimarem a intensidade de suas dificuldades cognitivas e não avaliarem com clareza o impacto real nas atividades da vida diária. Assim, não basta ser uma pessoa próxima; um informante bem informado é aquele que convive, pelo menos, dois dias por semana com o paciente.

Não há um modelo rígido para a avaliação do idoso, mas a experiência mostra a necessidade de que: a) o grupo familiar colabore com o processo, trazendo informações do dia a dia e observações sobre o comportamento do idoso e alterações; b) ocorra, concomitantemente, uma avaliação clínica global de sua saúde física, solicitada por seu médico de referência; c) quando possível, o psicólogo tenha acesso a exames laboratoriais e neurológicos. Além disso, ressalta-se que, se o idoso já realizou avaliação psicológica anteriormente, é importante que ela seja apresentada ao psicólogo para possíveis comparações de desempenho cognitivo.

A princípio, a avaliação clínica dos idosos é tarefa previsível, a partir da aplicação de técnicas psicológicas chega-se à interpretação sobre o diagnóstico do paciente e, com isso, à prescrição terapêutica e ao prognóstico. No entanto, é fundamental investigar profundamente a motivação da família e suas reais intenções quanto aos resultados do processo. O objetivo da avaliação, como a possibilidade de interdição do idoso, a decisão de continuar morando sozinho ou de dirigir e outras demandas jurídicas específicas, deve ser esclarecido antes de o processo de avaliação entrar em curso. Isso porque as técnicas empregadas e a elaboração dos documentos psicológicos são diferentes de acordo com os objetivos da avaliação.

PRINCIPAIS QUADROS OBSERVADOS

Um grupo importante de doenças que acometem os idosos são os transtornos neurocognitivos (American Psychiatric Association [APA], 2014), quadros em que se observam perdas nas funções cognitivas devido a acometimentos cerebrais, causando alterações cognitivas e prejuízos na vida diária do paciente. Existem diversas etiologias para esses transtornos, e destaca-se que, para aquelas em que há um padrão de degeneração contínua do cérebro e das funções mentais, o termo demência ainda é adequado. Entre as principais causas de demência estão a doença de Alzheimer (DA), a demência vascular, a demência por corpos de Levy e a demência frontotemporal (Caramelli & Barbosa, 2002). O diagnóstico de demência depende da avaliação objetiva das funções cognitivas (APA, 2014). Várias formas de avaliação neuropsicológica são utilizadas para esse fim, desde métodos de exame abreviado e global até testes específicos para determinada habilidade cognitiva. Além do declínio cognitivo, a comprovação da demência envolve a exclusão de outras causas potencias de alteração cognitiva, o que, normalmente, é feito por uma equipe multidisciplinar.

A DA manifesta-se comumente depois dos 60 anos, e sua incidência dobra a cada cinco anos. Nos casos típicos, a demência devido a DA manifesta-se por meio da dificuldade de formar novas memórias e de orientação temporoespacial (Caramelli & Barbosa, 2002).

Por sua vez, na demência vascular, a sintomatologia é compatível com a área do cérebro atingida pelos eventos neurovasculares. Portanto, em termos cognitivos, pode-se observar redução da velocidade de processamento, alterações da atenção concentrada e rebaixamento mais global das funções cognitivas, ou seja, um rebaixamento menos específico se comparado ao que acontece com a demência de Alzheimer típica. Isso decorre de lesões em fibras subcorticais responsáveis pela comunicação das áreas primárias de processamento da informação no córtex. Outra característica clínica importante nesses pacientes é a poliqueixa, pois as alterações neurovasculares também estão associadas a um perfil cardiovascular crítico que, quase invariavelmente, está associado a declínio físico, sedentarismo e dores corporais. Por fim, na demência vascular é comum um padrão de evolução em escadas, em que existem platôs longos e declínios repentinos que ocorrem à medida que novos eventos neurovasculares surgem.

A demência por corpos de Levy é um tipo de doença degenerativa em que muitos pacientes são

diagnosticados, de forma errônea, como portadores de DA. No entanto, apesar de ambas as condições envolverem dificuldades na memória, os pacientes com demência por corpos de Levy têm um curso muito flutuante na evolução, podendo apresentar alterações na marcha, rigidez postural e, comumente, alucinações visuais assim que se instala o quadro (APA, 2014). Alguns desses pacientes ainda apresentam sensibilidade a medicações neurolépticas, o que implica cuidado muito especial no tratamento das alterações neurocomportamentais.

Por fim, o quarto tipo de demência mais frequente é a frontotemporal (ou degeneração lobar frontotemporal) (Caramelli & Barbosa, 2002). Existem duas formas de apresentação desse quadro neurodegenerativo. Quando a degeneração atinge primariamente o lobo frontal do cérebro, está-se diante da variante comportamental da demência frontotemporal. Nessa variante, são relatadas dificuldades de inibição (ou apatia), irritabilidade e inadequação social. Quando a degeneração se inicia por áreas dos lobos frontais, tem-se a variante linguística da demência frontotemporal, que é marcada por anomia, alterações de compreensão e produção da linguagem e perda da memória semântica (APA, 2014). Na maioria dos casos, com a evolução da doença, os pacientes passam a apresentar alterações tanto comportamentais quanto linguísticas.

O papel do profissional da psicologia na avaliação dos quadros neurodegenerativos é fundamental. De acordo com o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5), é critério diagnóstico que o paciente apresente resultados significativamente inferiores ao esperado em testes neurocognitivos. Nesse sentido, o profissional pode ter dificuldades em avaliar pacientes em estágios iniciais dos quadros neurodegenerativos. Nesses casos, é provável que o paciente receba o diagnóstico de transtorno neurocognitivo leve ou de comprometimento cognitivo leve (CCL). Pacientes com CCL apresentam redução cognitiva importante nos testes, mas não há evidências suficientes de comprometimento na vida diária do idoso para o diagnóstico de demência (APA, 2014). O diagnóstico desses quadros é difícil, mas também muito recompensador, pois, graças a ele, é possível que o paciente busque tratamento, como medicações e reabilitação cognitiva, em fases iniciais da doença.

Quadros psicológicos com frequência diagnosticados em idosos são os transtornos depressivos, sobretudo o transtorno depressivo maior (Almeida, 1999). Segundo o DSM-5 (APA, 2014), esse quadro é caracterizado por sintomas de humor deprimido e de perda do interesse ou do prazer durante todo o período do dia e na maioria dos dias. Também é possível observar perda ou ganho de peso (sem dieta), insônia ou hipersonia, retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de culpa e de inutilidade, dificuldades de concentração e pensamentos recorrentes de morte (APA, 2014).

As características nucleares de apresentação são bastante comuns entre as diferentes faixas etárias (APA, 2014). No entanto, o diagnóstico do transtorno é menos prevalente em idosos do que em jovens entre 18 e 29 anos, e a intensidade de manifestação de alguns sintomas também é diferente. Por exemplo, nos jovens, os sentimentos de culpa e a redução da atividade sexual são mais comuns, enquanto nos idosos é mais comum a apresentação de sintomas somáticos (Hegeman, Kok, Van Der Mast, & Giltay, 2012).

Alguns autores têm descrito que idosos deprimidos com frequência negam sentimentos de tristeza, mas relatam ausência geral de sentimentos (Grinberg, 2006). Além disso, a experiência clínica tem sugerido uma importante relação entre depressão e redução da atividade geral, lentificação do processamento cognitivo e manifestações de irritabilidade.

O surgimento da depressão em idosos está associado com fatores como: perda de *status* econômico em relação a antes de adoecer (Borges, Benedetti, Xavier, & D'Orsi, 2013); falta de acesso à cultura, quando analfabetos (Nogueira, Rubin, Giacobbo, Gomes, & Neto, 2014); avaliação negativa sobre situação geral de saúde (Borges et al., 2013; Nogueira et al., 2014); e pouca interação social (Borges et al., 2013; Ramos, 2007). É preciso salientar que diversas condições de saúde associadas ao surgimento da depressão são comorbidades (psiquiátricas, neurológicas, endócrinas) que podem simulá-la. Em idosos, o auxílio de exames realizados por um clínico geral é indispensável para que o diagnóstico seja ainda mais preciso.

Particularmente em idosos, a manifestação da depressão pode ser confundida com um quadro demencial, no que é denominado pseudodemência depressiva (Coelho, Bastos, Camara, & Landeira-Fernandez, 2010). Isso ocorre porque a depressão, nessa faixa etária, envolve lentificação geral, redução do interesse geral e, em alguns casos, prejuízos na memória. O diagnóstico dife-

rencial nos casos de pseudodemência depressiva é difícil, mas alguns sinais podem auxiliar o clínico, como, por exemplo, a presença de história de depressão e prejuízo mais grave nos testes de memória que envolvem evocação livre (Paula et al., 2013). Isso é muito importante, pois os prejuízos cognitivos decorrentes da depressão podem ser superados por meio de tratamento adequado.

Uma condição fortemente relacionada aos transtornos depressivos em idosos são os transtornos de ansiedade (APA, 2014). Nessa faixa etária, a manifestação do transtorno de ansiedade generalizada é marcada por presença de ansiedade, preocupações exageradas, medos sociais e depressão. Cabe salientar que a experiência clínica tem sugerido que a menor capacidade de ingerência sobre a vida dos familiares tem sido relatada como um dos motivos de preocupação e fonte de ansiedade. Outras condições clínicas são bastante prevalentes em idosos, no entanto, é muito comum que as manifestações tenham início ainda na idade adulta ou após os 60 anos de idade. Nesse caso, é comum que esses aspectos sejam identificados na anamnese e utilizados durante o restante do processo psicodiagnóstico.

OPERACIONALIZAÇÃO DO PSICODIAGNÓSTICO COM IDOSOS

O psicodiagnóstico inicia-se com uma entrevista de anamnese que pode ser realizada apenas com o idoso ou junto com os seus familiares e/ou cuidadores, buscando-se investigar quando foram observados os primeiros sintomas de esquecimento, alterações de comportamento ou de linguagem, assim como tristeza ou outro sintoma de depressão ou ansiedade (Fuentes et al., 2010). Nessa entrevista, deve ser abordada a presença de quadros neurológicos, recentes ou antigos, como acidente vascular cerebral ou epilepsia, além de transtornos psiquiátricos, como transtornos do humor ou de ansiedade (Gurd, Kischka, & Marshall, 2010), investigando-se, também, se há história familiar dessas doenças. A utilização de medicamentos por parte do idoso deve ser abordada, assim como as atividades laborais e de lazer por ele realizadas, além de hábitos de leitura e escrita e aprendizagem de uma segunda língua (Stern, 2012). Alguns roteiros de anamnese são sugeridos por Lezak, Howieson, Bigler e Tranel (2012) e Strauss, Sherman e Spreen (2006), e contemplam os demais itens, como o desenvolvimento escolar desses pacientes.

Deve-se prestar atenção à apresentação do paciente, observando-se suas atitudes, seus comportamentos no contato inicial, a mímica, o humor e as formas de se expressar. Tudo isso colabora para a elaboração de uma hipótese diagnóstica. Nesse processo, a entrevista inicial tem por propósito avaliar a personalidade do paciente e seu estado mental, afetivo e emocional. Quando houver queixas de alterações mnésicas (não consegue adquirir novas informações, apenas retém informações antigas), practognósicas (dificuldades para orientar-se no tempo e no espaço), de juízo crítico (não consegue avaliar o sentido de determinados eventos ou atividades que está realizando, acarretando conduta inadequada), da linguagem (empobrecimento do vocabulário e aparecimento de distúrbios afásicos) e do humor (no início do processo da demência o idoso tem consciência de suas dificuldades, o que favorece o aparecimento de ansiedade e depressão), essas questões devem ser mais aprofundadas.

Nas entrevistas de avaliação, o psicólogo deve estar atento para a expressão afetiva do idoso, que é transmitida por meio de palavras, atitudes e gestos. O examinador tem a oportunidade de observar se existe coerência entre os sentimentos expressados e a questão tratada no momento, ou se há dissociação entre a expressão corporal e a verbal.

Sugere-se que, além da entrevista com os familiares e/ou cuidadores, sejam realizadas sessões individuais com o idoso. Nessas sessões, além de aplicar instrumentos psicológicos, o clínico deve observar se o idoso está ciente dos seus déficits cognitivos. A ausência da consciência dos déficits (anosognosia) atua como importante indicador na diferenciação entre quadros demenciais e alterações cognitivas decorrentes do envelhecimento normal (Gurd et al., 2010).

O processo de avaliação envolve as entrevistas e a aplicação de uma bateria de testes que pode confirmar ou refutar as informações obtidas nas entrevistas realizadas. É importante, ao organizar a bateria de testes, que sejam consideradas as funções que serão examinadas, incluindo, assim, testes de inteligência geral, funções verbais, percepção visual, memória de evocação e reconhecimento e testes que examinem as habilidades práxicas e as funções motoras do paciente.

Na prática, são usadas baterias flexíveis de testes, compostas de acordo com a queixa do paciente e suas capacidades e limitações físicas, usando-se testes que sejam mais sensíveis. Em

determinados casos, dependendo do nível de comprometimento do paciente, o uso de determinados instrumentos torna-se inviável. Nesses casos, a avaliação deve ser feita por meio de entrevistas, de observação clínica e de coleta de informações com familiares quanto ao comportamento e ao funcionamento cognitivo dos pacientes. Além disso, podem ser realizadas observações do comportamento do idoso em atividades do dia a dia.

Os instrumentos psicológicos devem ser adequados à demanda de avaliação de cada paciente e envolver medidas de personalidade, de habilidade cognitiva global, de funções cognitivas específicas (atenção, memória, linguagem, orientação espacial e temporal, funções executivas), de capacidade funcional e comportamental, bem como de intensidade de sintomas depressivos e de ansiedade. Também devem ser incluídos questionários, respondidos por informante, que avaliem o desempenho mnemônico do paciente e sua capacidade funcional no dia a dia.

A escolha dos instrumentos de avaliação deve ser feita considerando os objetivos da solicitação de avaliação psicológica, o tempo disponível para investigação e a capacidade do paciente para responder a determinadas tarefas. Ressalta-se que as informações devem ser obtidas tanto com o próprio paciente quanto com os familiares e/ou cuidadores, uma vez que alguns idosos podem apresentar ausência da consciência dos déficits (anosognosia) (Gurd et al., 2010) ou um quadro confusional ou de esquecimento, omitindo ou distorcendo alguma informação.

A avaliação das habilidades cognitivas específicas pode ser realizada por meio de testes psicológicos que apresentam dados normativos para a população idosa. Para a memória, temos o Teste Pictórico de Memória (TEPIC) (Rueda & Sisto, 2007), o Teste Memória Visual de Rostos (MVR) (Leme, Rossetti, Pacanaro, & Rabelo, 2011) e o Teste das Figuras Complexas de Rey (adaptado por Oliveira & Rigoni, 2010), que, além de avaliar a percepção, mede a memória visual. Para avaliação da atenção e das funções executivas, existem o Teste das Trilhas Coloridas (adaptado por de Rabelo, Pacanaro, Rossetti, & Sá Leme, 2010) e o Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (adaptado por Trentini, Argimon, Oliveira, & Werlang, 2010). Para a avaliação geral de inteligência e de seus subprocessos, temos a Escala de Inteligência para adultos (WAIS-III) (Nascimento, 2000), a Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (Trentini, Yates, & Heck, 2014) e as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, & Duarte, 1999).

A avaliação dos fatores de personalidade é fundamental no processo psicodiagnóstico de idosos, pois esses fatores contribuem para a adaptação ao processo de envelhecimento (Chapman et al., 2012; Fonseca, 2006; Kuzma, Sattler, Toro, Schonknecht, & Schroder, 2011) e associam-se ao desempenho cognitivo desses pacientes (Chapman et al., 2012; Fuentes et al., 2010; Kuzma et al., 2011). Sugere-se, para avaliação da personalidade, o Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado (NEO-FFI-R) versão curta (Costa & McCrae, 2010) e a Bateria Fatorial da Personalidade (BFP) (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010), que fornecem uma medida dos cinco fatores de personalidade: neuroticismo, extroversão, abertura, amabilidade e conscienciosidade. Essas são escalas autoaplicáveis, com propriedades psicométricas bem definidas, baseadas na teoria dos cinco grandes fatores. No entanto, dependendo de sua compreensão acerca da personalidade, o profissional pode optar por outras escalas psicométricas e também por testes de personalidade projetivos. É necessário que o psicólogo mantenha o foco da avaliação definido, a fim de dimensionar a importância e o tempo da avaliação da personalidade em cada caso.

A independência do idoso pode ser avaliada a partir da administração de alguns questionários, como a Escala de Pfeffer (Pfeffer, Kurosaki, & Harrah, 1982), o IQCODE e as Escalas de Katz (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963). A Escala de Pfeffer é composta por 11 questões que mensuram a funcionalidade do idoso para administrar seu dinheiro, realizar compras, preparar refeições, lembrar-se de compromissos, entre outras funções. O familiar ou cuidador deve pontuar, em uma escala de 0 a 3 pontos, o quão bem o idoso consegue realizar essas atividades. As Escalas de Katz, de maneira semelhante, investigam as habilidades rotineiras e instrumentais de vida do idoso (tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, locomover-se, continência, alimentar-se, usar o telefone, fazer compras, preparar a comida, realizar trabalhos domésticos, administrar a medicação e controlar as finanças).

Existem diversas escalas para a avaliação de sintomas depressivos e de ansiedade. As mais utilizadas são o Inventário de Depressão de Beck, segunda edição (BDI-II) (Gorenstein, Pang, Argimon, & Werlang, 2011) e o Inventário de Ansieda-

de de Beck (BAI) (Cunha, 2001), e ambos podem ser autoadministrados. O BDI-II e o BAI são compostos por 21 questões cada, e o idoso deve pontuar a intensidade da ocorrência de sintomas como tristeza, pessimismo, perda de prazer para a realização de atividades, sentimentos de culpa e punição, sensações de calor, insegurança, tremor nas mãos e medo de perder o controle. Para a avaliação desses estados afetivos, sugere-se que o profissional utilize ferramentas com que esteja habituado e que tenham convergência com o foco da avaliação. Para isso, também é necessário estar atento a novas ferramentas que surjam, a fim de ampliar a possibilidade de adequação às reais necessidades de cada avaliação.

DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS

Entende-se que a devolução dos resultados é um dos aspectos mais importante no processo psicodiagnóstico, sendo uma etapa obrigatória que deve ser combinada ainda na entrevista inicial. A forma como ocorrerá a devolução está diretamente relacionada com o objetivo do exame. No caso de idosos que apresentem um quadro demencial ou outra alteração cognitiva ou do humor significativa, sugere-se que a devolução seja realizada para o idoso e seus familiares, para que possam auxiliar no seu tratamento. Em outros casos, a devolução pode ser feita apenas para o próprio idoso. Também deve-se efetuá-la para quem solicitou a avaliação, sendo que, dependendo do objetivo desta última, deve ser elaborado um tipo de documento escrito para cada profissional.

A devolução permitirá a orientação do idoso, de sua família, dos cuidadores e de quem solicitou a avaliação sobre a melhor forma de lidar com a situação e de aproveitar suas capacidades e potencialidades, ou seja, a identificação de suas forças e fraquezas. Esse é um aspecto muito importante – não só identificar as dificuldades e limitações, mas também buscar virtudes, traços individuais positivos e habilidades ainda preservadas e com condições de serem administradas (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). A Figura 21.1 demonstra as etapas da avaliação psicológica realizada com idosos.

Outro aspecto importante que contempla a avaliação é o acompanhamento longitudinal do idoso, que é feito por meio de reavaliações comparativas que podem comprovar hipóteses diagnósticas atuais ou mostrar a evolução do quadro em termos de alterações cognitivas, de personalidade e de comportamento. Assim, em muitos casos, sugere-se uma reavaliação comparativa futura. O prazo dessa reavaliação varia de caso para caso, mas os prazos de seis e de 12 meses são os mais utilizados em contextos clínicos. Geralmente, quando o idoso apresenta um quadro depressivo com alterações cognitivas ou um quadro de declínio cognitivo leve, propõe-se uma reavaliação no período de seis meses.

FIGURA 21.1 / Fluxograma das etapas da avaliação psicológica com idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O psicodiagnóstico com idosos inicia-se com a entrevista de anamnese, que busca o conhecimento da demanda e a elaboração de hipóteses diagnósticas. A seguir, o psicólogo monta uma bateria de testes, fazendo então a correção e a interpretação de seus resultados. Após, é preciso

VINHETA CLÍNICA / 21.1 – DEPRESSÃO E ALTERAÇÃO COGNITIVA

Paulo (nome fictício), 71 anos, ensino médio completo, aposentado, casado, dois filhos e dois netos. O paciente foi encaminhado por um geriatra para realizar avaliação psicológica, visto que apresentava queixas de dificuldades mnemônicas. Em um primeiro momento, foi feito contato com o profissional solicitante da avaliação e, em seguida, foram realizadas uma entrevista de anamnese com o paciente e sua esposa, uma entrevista de anamnese com o paciente, e três entrevistas com o paciente, incluindo a aplicação de instrumentos que avaliavam atenção (sustentada, dividida e concentrada), velocidade de processamento da informação, habilidades construtivas, memória (de trabalho, episódica verbal e visual tanto imediata quanto tardia), e funções executivas (fluência verbal, inibição, geração de respostas, flexibilidade mental, organização, planejamento). Foram solicitadas ao familiar informações sobre a funcionalidade do paciente e a identificação, em uma lista, de problemas que se relacionavam com a memória do paciente. Além disso, investigaram-se aspectos da personalidade e presença de sintomatologia depressiva e de ansiedade. Durante a anamnese, o paciente relatou que vinha apresentando dificuldades na memória recente, como lembrar o nome de pessoas conhecidas e datas. Apresentou respostas demoradas nas entrevistas. Referiu sintomas de tristeza, desânimo, falta de energia e de tempo para si próprio, afirmando que não conseguia realizar as coisas que gostava devido à necessidade de auxiliar no cuidado dos netos e nas tarefas domésticas. Tinha hábitos diários de leitura e não realizava atividade física. Não utilizava qualquer medicação e não havia história de demência na família. Seus exames clínicos e de imagem estavam dentro do esperado para sua idade. Os resultados da avaliação mostraram que o paciente apresentava dificuldades na memória episódica verbal (evocação recente e tardia) e lentificação da velocidade de processamento da informação; as demais funções cognitivas se encontravam preservadas. A avaliação dos aspectos da personalidade revelou sintomas de depressão, insegurança e um índice de ansiedade elevado. Seu pensamento lógico estava adequado em relação a precisão, coerência e organização. O paciente demonstrava independência para as atividades da vida diária, sem indícios de perda na funcionalidade. A partir da avaliação realizada, foi possível verificar que sintomas que preenchiam critérios diagnósticos para episódio depressivo moderado (F32.1) com sintomas de ansiedade associados. Assim, pode-se concluir que as dificuldades de memória e a lentificação da velocidade de processamento da informação apresentadas pelo paciente eram, possivelmente, decorrentes do quadro depressivo e não sintomas iniciais de um provável quadro demencial. Sugeriu-se, então, a realização de psicoterapia, tratamento medicamentoso dos sintomas depressivos e reavaliação psicológica no período de seis meses. Ao término da avaliação, foi feita entrevista de devolução com o paciente e sua esposa e a devolução para o profissional solicitante da avaliação. Seis meses após a primeira avaliação, foi realizada reavaliação, demonstrando funcionamento cognitivo dentro dos padrões da normalidade e ausência de sintomas depressivos. No momento da segunda avaliação, Paulo encontrava-se em atendimento psicoterápico semanal e fazendo uso de antidepressivo.

um raciocínio clínico que busque integrar dados dos testes com dados da história clínica e de vida do paciente, assim como suas queixas, sinais e sintomas, visando uma compreensão dinâmica de seu funcionamento, de suas potencialidades e de suas dificuldades. Por fim, é feita a comunicação e devolução dos resultados, etapa fundamental do processo de avaliação, que visa orientar o paciente, seus familiares e outros profissionais em relação ao que é mais indicado, do ponto de vista psicológico, para cada caso.

Finalizando, pode-se entender que o idoso chega para avaliação em mais de um contexto, ou seja, de forma autônoma, quando orientado e em busca de ajuda, principalmente devido a perdas afetivas, à desadaptação com a aposentadoria ou a poucos recursos internos de habilidades sociais; ou encaminhado por profissionais ou familiares, quando apresenta sintomas importantes de depressão, demência ou devido a questões de solicitação de interdição. Outro fator fundamental é que o trabalho com idosos pressupõe

VINHETA CLÍNICA / 21.2 – DEMÊNCIA

Antonia (nome fictício), 77 anos, aposentada, viúva, tem duas filhas casadas que não residem com ela. Há dois anos, perdeu o marido devido a um câncer e, nesse período, contratou serviços de *home-care*. Além do apoio da família para administrar a situação, também contava com uma empregada doméstica de longa data e de confiança. Pouco antes do falecimento do marido, aos 74 anos, Antonia se perdeu em uma rua ao lado de casa, o que foi interpretado como resultado do estresse que vinha enfrentando. Depois do falecimento do marido, as filhas perceberam sintomas de apatia e a levaram para consulta com médico psiquiatra, sendo iniciado tratamento farmacológico para depressão. A resposta pareceu positiva no início do tratamento, mas, com o decorrer do tempo, a paciente não teve aumento na iniciativa e a frequência de esquecimentos intensificou-se. Ela foi encaminhada, então, a um neurologista, que solicitou avaliação psicodiagnóstica para auxiliar no diagnóstico diferencial entre transtorno depressivo maior e transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer. Na entrevista inicial, a paciente não relatou grandes dificuldades de memória e também não apresentou alterações acentuadas do humor. No mesmo dia, uma filha foi entrevistada e relatou que a mãe estava um pouco mais repetitiva e com menos iniciativa. No entanto, mencionou que as memórias remotas estavam preservadas e que não via grandes alterações na rotina dela. Segundo a filha, as alterações observadas podiam estar ainda relacionadas ao falecimento do pai. Nas demais sessões, a paciente respondeu a instrumentos de avaliação cognitiva (memória, orientação temporoespacial, atenção, linguagem e funções executivas) e a questionários e entrevistas sobre depressão e ansiedade. Solicitou-se, também, que a filha e a cuidadora respondessem a um questionário sobre aspectos funcionais. Os resultados da avaliação indicaram ausência de depressão (no momento), sintomas disexecutivos leves e prejuízos significativos nas tarefas que avaliavam orientação temporal e memória episódica. Os questionários da filha e da cuidadora sobre a funcionalidade da paciente tiveram poucas diferenças – a maioria quanto à intensidade das dificuldades (intensidade maior no da cuidadora). Em ambos, foram relatadas dificuldades em manusear o telefone, perdas de compromissos, dificuldade de fixação de novidades, repetição constante, desorientação no tempo e atraso nas contas (p. ex., na data de pagamento do salário). Todas essas dificuldades não eram comuns na história da paciente e representavam uma mudança em relação ao funcionamento prévio. Segundo as informações colhidas, também foi observada progressão no quadro nos últimos 12 meses. Devido a essas dificuldades e à ausência de sintomas depressivos, a paciente apresentou perfil indicativo de transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer. Os dados foram repassados à família, à paciente e ao médico de referência. Os demais exames clínicos (solicitados pelo médico) não indicaram outras doenças que justificassem as alterações neurocognitivas, o que corroboraria o diagnóstico, sendo necessário acompanhamento longitudinal.

não só o domínio de uma bateria de instrumentos, mas que esses instrumentos sejam adequados para pessoas com mais de 60 anos. Além disso, o profissional deve conhecer as alterações normais e patológicas que fazem parte do processo de envelhecimento, demonstrando competência nas áreas da avaliação psicológica, da psicopatologia, da neuropsicologia e do desenvolvimento humano. Não se pode deixar de lado o fato de que algumas habilidades, como a velocidade de processamento mental, podem declinar com o passar do tempo, mas há uma grande variabilidade individual, sugerindo que o declínio das funções não é inevitável e, portanto, em muitos casos, pode ser prevenido.

REFERÊNCIAS

Almeida, O. P. (1999). Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: Características demográficas e clínicas. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*(1), 12-18.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F., & Duarte, J. L. M. (1999). *Matrizes progressivas coloridas de Raven: Escala especial.* São Paulo: CETEPP.

Argimon, I. I. L., Irigaray, T. Q., & Stein, L. M. (2014). Cognitive development age ranges in late adulthood. *Universitas Psychologica, 13*(1), 253-264.

Borges, L. J., Benedetti, T. R. B., Xavier, A. J., & D'Orsi, E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: Estudo epifloripa. *Revista Saúde Pública, 47*(4), 701-710.

Caramelli, P., & Barbosa, M.T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(Supl 1), 7-10.

Carvalho, J. A. M., & Rodriguez-Wong, L. L. (2008). A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cadernos de Saúde Pública, 24*(3), 597-605.

Chapman, B. P., Duberstein, P. R., Tindle, H. A., Sink, K. M., Robbins, J., Tancredi, D. J., ... Franks, P. (2012). Personality predicts cognitive function over seven years in older persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(7), 612-621.

Coelho, C. L. M., Bastos, C. L., Camara, F. P., & Landeira-Fernandez, J. (2010). A influência do gênero e da escolaridade no diagnóstico de demência. *Estudos de Psicologia, 27*(4), 449-456.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2010). *NEO PI-R: Inventário de personalidade NEO revisado e inventário de cinco fatores NEO revisado NEO-FFI-R.* São Paulo: Vetor.

Cunha J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Damasceno, B. P. (1999). Envelhecimento cerebral: O problema dos limites entre o normal e o patológico. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 57*(1), 78-83.

Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento, uma abordagem psicológica* (2. ed.). Lisboa: Universidade Católica.

Fuentes, D., Moreno, C., Sassi, F., Frambati, L., Lacerda, J., & Malloy-Diniz, L. F. (2010). Avaliação da personalidade e sua contribuição à avaliação neuropsicológica. In: L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, P. Mattos, & N. Abreu (Orgs.), *Avaliação neuropsicológica.* Porto Alegre: Artmed.

Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. I. L., & Werlang, B. S. G. (2011). *Inventário de Depressão de Beck* (2. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Grinberg, L. P. (2006). Depressão em idosos: Desafios no diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina, 63*(7), 317-330.

Gurd, J., Kischka, U., & Marshall, J. (Eds.). (2010). *The handbook of clinical neuropsychology.* Oxford: Oxford University.

Hegeman, J. M., Kok, R. M., Van Der Mast, R. C., & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 200*(4), 275-281.

Herrera, J., Caramelli, P., Silveira A., & Nitrini, R. (2002). Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 16*(2), 103-108.

Karel, M. J., Gatz, M., & Smyer, M. A. (2012). Aging and mental health in the decade ahead: What psychologists need to know. *American Psychologist, 67*(3), 184-198.

Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA, 12*, 914-919.

Kuzma, E., Sattler, C., Toro, P., Schonknecht, P., & Schroder, J. (2011). Premorbid personality traits and their course in mild cognitive impairment: Results from a prospective population-based study in Germany. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 32*(3), 171-177.

Leme, I. F. A. S., Rossetti, M. O., Pacanaro, S. V., & Rabelo, I. S. (2011). *Teste de memória visual de rostos: MVR.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5. ed.). New York: Oxford University.

Nascimento, E. (2000). *Adaptação e validação do teste WAIS-III para um contexto brasileiro* (Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília).

Nogueira, E. L. N., Rubin, L. L., Giacobbo, S. S., Gomes, I., & Neto, A. C. (2014). Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na estratégia de saúde da família Porto Alegre. *Revista de Saúde Pública, 48*(3), 368-377.

Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria fatorial de personalidade (BFP): Manual técnico.* Itatiba: Casa do Psicólogo.

Oliveira, M. da S., & Rigoni, M. S. (2010). *Manual do teste figuras complexas de Rey.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Paula, J. J., Miranda, D. M., Nicolato, R., Moraes, E. N., Bicalho, M. A. C., & Malloy-Diniz, L. F. (2013). Verbal learning on depressive pseudodementia: Accentuate impairment of free recall, moderate on learning processes, and spared short-term and recognition memory. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria 71*(9), 596-599.

Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., & Harrah, C. H. L. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *The Journals of Gerontology, 37*(3), 323-329.

Rabelo, I. S., Pacanaro, S. V., Rossetti, M. O., & Sá Leme, I. F. A. (2010). *Teste das trilhas coloridas.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ramos, M. (2007). Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. *Revista do Departamento de Psicologia, 19*(2), 397-410.

Riedel-Heller, S. G., Matschinger, H., Shork, A., & Angeemeyer, M. C. (1999). Do memory complaints indicate the presence of cognitive impairment? Results of a field study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 249*(4), 197-204.

Rueda, F. J M., & Sisto, F. F. (2007). *Manual do teste pictórico de memória (TEPIC).* São Paulo: Vetor.

Seligman, M. E. P., Steen. T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60*(5), 410-421.

Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology, 11*(11), 1006-1012.

Strauss, E., Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3rd ed.). New York: Oxford University.

Trentini, C. M., Argimon, I., Oliveira, M. S., & Werlang, B. G. (2010). *Teste Wisconsin de classificação de cartas: Versão para idosos.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Trentini, C. M., Yates, D. B., & Heck, V. S. (2014). *Manual da Escala Wechsler abreviada de Inteligência.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

LEITURAS RECOMENDADAS

Buck, J. N. (2003). *H-T-P: Casa-árvore-pessoa: Técnica Projetiva de Desenho: Manual e guia de interpretação.* São Paulo: Vetor.

Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Galhardo, V. A. C., Mariosa, M. A. S., & Takata, J. P. I. (2010). Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Revista Médica de Minas Gerais, 20*(1), 16-21.

Parte 3

ESPECIFICIDADES DO PSICODIAGNÓSTICO: INTELIGÊNCIA E PERSONALIDADE

22

PSICODIAGNÓSTICO E INTELIGÊNCIA

Joice Dickel Segabinazi
Renata de Souza Zamo

Em 1979, diversos renomados psicólogos americanos foram chamados a escrever para a revista científica *Intelligence*, uma das mais importantes na área. Deveriam dissertar sobre como imaginavam a avaliação da inteligência no ano 2000. É curioso notar, lendo os artigos da época (há mais de 35 anos) que as preocupações eram muito semelhantes às que temos hoje no contexto mundial e, em especial, no Brasil. O que se sabe sobre a estrutura da inteligência? Qual sua melhor definição? Para que serve a avaliação da inteligência de uma criança em idade escolar? É possível prever desempenho acadêmico avaliando a inteligência de uma criança? Em que medida os testes de inteligência podem contribuir para aprimorar o processo de aprendizagem de crianças e adultos? Sabe-se que psicólogos que trabalham com avaliação psicológica recebem muitos encaminhamentos de escolas, neurologistas, neuropediatras, psiquiatras, geneticistas, fonoaudiólogos e mesmo de outros psicólogos (que não se sentem confortáveis para realizar avaliações da capacidade intelectual), sendo essa uma das mais frequentes causas de encaminhamentos na clínica.

Em nossa experiência como docentes em cursos de graduação de Psicologia e de especialização em Avaliação Psicológica, quando os alunos precisam estudar ou fazer trabalhos sobre o tema inteligência, o *Google*, *blogs* independentes e outros *sites* de compartilhamento de trabalhos acadêmicos – que não convém mencionar aqui – estão entre as principais fontes de referência. Ressaltamos que essa busca pode ser perigosa, pois, na maioria das vezes, os materiais disponibilizados carecem de embasamento teórico ou de metodologias adequadas que sustentem suas inferências. Por isso, sugerimos livros de pesquisadores nacionais ou internacionais, como os trabalhos de Andrés-Pueyo (2006), Almeida e Primi (2010), Almeida (2002) e Primi (2002, 2003), além de periódicos cientificamente embasados e *sites* inovadores para o ensino sobre a inteligência como o "Human Intelligence: Historical Influences, Current Controversies, Teaching Resources" (Intelltheory.com, c2013) e mantido pelos pesquisadores Plucker e Esping (2013).

Considerando essa demanda, neste capítulo você encontrará um breve histórico sobre as vertentes de pesquisa e definições de inteligência, bem como uma discussão sobre as alterações da inteligência mais comuns, sobretudo as relacionadas a dificuldades de aprendizagem e a transtornos do neurodesenvolvimento. Por fim, são apresentadas duas vinhetas clínicas ilustrativas a fim de fornecer um guia para a prática da avaliação da inteligência na clínica em contexto brasileiro. A relevância de discutir aqui a inteligência por um viés mais clínico é reforçada pela grande frequência de encaminhamentos com demandas pela avaliação dessa função. Além disso, no Brasil, é muito frequente o uso de instrumentos que refletem visões tradicionais dos testes de inteligência, como as Escalas Wechsler, e, por isso, as vinhetas clínicas apresentarão dados relacionados a elas. Procuramos demonstrar que a avaliação da inte-

ligência na clínica psicológica não deve ser realizada de forma isolada, ou seja, a investigação deve ser mais ampla, exigindo um processo psicodiagnóstico, conforme proposto neste livro.

Por considerarmos o conceito de inteligência bastante complexo, acreditamos que este capítulo poderá auxiliar na organização de seu estudo. Procuramos demonstrar que, ao longo dos anos, a inteligência tem sido estudada por diferentes ângulos. Andrés-Pueyo (2006) propõe pelo menos três vertentes: o enfoque experimental, que se apoia nas operações do sistema cognitivo, como atenção, percepção e memória, relacionadas ao comportamento inteligente; o enfoque diferencial, com interesse especial em identificar a estrutura das aptidões que causam as diferenças entre as pessoas no rendimento cognitivo, e que tem viés psicométrico; e o enfoque evolutivo, que estuda a inteligência no processo de crescimento e desenvolvimento individual. Abordaremos principalmente a vertente psicométrica, relacionando o seu desenvolvimento com a vertente experimental, por sua importância prática na compreensão das vinhetas clínicas. Além disso, seguimos a divisão histórica conforme proposta por Plucker e Esping (2013) por percebermos sua eficiência no ensino do tópico em sala de aula.

CONTEXTOS EUROPEU E AMERICANO (1900-1936)

O desenvolvimento do conceito de inteligência e a própria história da avaliação psicológica se confundem, uma vez que as teorias sobre inteligência se desenvolveram em conjunto com experimentos e ferramentas para avaliá-la. Começamos nossa revisão histórica na metade do século XIX, quando os estudos de Charles Darwin sobre hereditariedade influenciaram seu primo, Sir Francis Galton, que investigou, nas famílias, a circunferência da cabeça, os tempos de reação, a memória visual e sua relação com inteligência. Sem êxito em determinar essa relação, Galton desenvolveu, no entanto, o coeficiente de correlação, bastante usado em estatística (Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, & Wagenaar, 2012). Em 1980, James McKeen Cattell criou o termo "testes mentais", bastante interessado em medidas sensoriais e tempo de reação (Schultz & Schultz, 1996).

Pouco depois, na França, o psicólogo Alfred Binet desenvolveu os primórdios dos atuais testes de inteligência com base na capacidade de raciocínio e resolução de problemas em vez de em medidas de percepção e habilidades motoras (Nolen-Hoeksema et al., 2012). Assim, juntamente com Theodore Simon, Binet lançou o que seria o primeiro esboço de uma escala de inteligência que continha tarefas simples voltadas para crianças de determinadas idades. Segundo a escala de Binet e Simon (1095), uma criança de 6 anos, por exemplo, deveria ser capaz de: distinguir a manhã da noite, copiar um losango e contar 13 moedas de um centavo. Já à época havia preocupação em obter normas de desempenho, ou seja, descobrir a média de acertos para então determinar se os indivíduos estavam acima ou abaixo da média no teste, e em 1908, na versão revisada do teste, Binet propôs o conceito de "idade mental". A explicação desse conceito é bastante simples: uma criança teria a idade mental de 6 anos se tivesse desempenho no teste semelhante ao do grupo de crianças de 6 anos. Assim, a idade cronológica de uma criança poderia ser de 4 ou 8 anos, mas ela teria um funcionamento semelhante ao de uma criança de 6 anos (Kaplan & Saccuzzo, 2013). Para saber mais sobre essa parte da história, indicamos o documentário *Alfred Binet: Naissance de la Psychologie Scientifique*, produzido pela Universidade de Loraine (Alfredbinet.univ-lorraine.fr, 20--?).

O propósito de Binet com a criação do teste era auxiliar no processo educacional de crianças que apresentavam dificuldades nos primeiros anos escolares, ou seja, seu alicerce foi o objetivo pedagógico. Já a adaptação do teste nos Estados Unidos respondia a uma necessidade diferente. Pouco lembrado, mas extremamente importante na história da avaliação da inteligência, o psicólogo americano Henry Goddard foi responsável pela primeira tradução do teste de Binet e Simon para o inglês, em 1908, sendo chamado de o pai da avaliação da inteligência nos Estados Unidos. Ele vislumbrou outra utilidade para o teste: servir para que a sociedade americana justificasse a superioridade de determinados grupos de pessoas, pensamento embasado nas ideias defendidas pela eugenia[1] (White, 2000). Nesse sentido, enquanto Binet era cuidadoso ao não atribuir o desempenho de uma criança no teste a uma capacidade inerente, Goddard defendia a ideia de que se tratava de uma medida importante para

[1] Termo criado por Galton para definir o estudo de agentes de controle social sobre as qualidades raciais em futuras gerações (Goldim, 1998).

a segregação de determinados grupos, como os imigrantes e os deficientes intelectuais. É importante ressaltar que, mais tarde, Goddard reverteu muitas das suas opiniões, retratando-se em um artigo publicado no *Scientific Monthly* em 1927 (Zenderland, 1998).

Dando continuidade aos estudos de Goddard, mas com propósito bastante diferente, Lewis Terman, professor da Universidade de Stanford, nos Estados Unidos, adaptou e lançou a escala Stanford-Binet em 1916. Nela era possível obter, pela primeira vez, o quociente intelectual (QI), por meio de uma sugestão desenvolvida em 1912 pelo alemão William Stern, segundo a qual a proporção entre as idades mental e cronológica poderia ser tomada como um valor unitário da inteligência se multiplicada por 100 para retirar os decimais: QI = idade mental/idade cronológica X 100. Com isso, uma criança de 6 anos que respondia corretamente às perguntas destinadas a crianças de 8 anos tinha um QI de 133, pois 8/6 = 1,33 X 100 = 133. O autor interessou-se sobretudo pelo poder de predição dos testes de QI, avaliando a inteligência em crianças e acompanhando-as até a vida adulta na tentativa de verificar se aquelas com QIs mais altos eram também mais bem-sucedidas em suas vidas (White, 2000).

A testagem ganhou força nos Estados Unidos principalmente com a demanda por uma avaliação rápida dos recrutas que defenderiam o país na Primeira Guerra Mundial. Em 1917, o então presidente da American Psychological Association, Robert Yerkes, foi chamado a prestar assistência ao exército na seleção de soldados. Juntamente a outros pesquisadores, como Goddard e Terman, realizou inúmeras adaptações no Teste de Stanford-Binet a fim de torná-lo uma bateria que pudesse ser aplicada de forma coletiva, sendo criados então dois grupos de testes estruturados para a avaliação de inteligência em adultos: o Army Alpha (que requeria habilidades de leitura) e o Army Beta (que podia ser aplicado em analfabetos, pois não requeria habilidades de leitura) (Kaplan & Saccuzzo, 2013). Paralelamente ao desenvolvimento das baterias voltadas para processos seletivos públicos e privados, havia esforços da americana Florence Goodenough, aluna de Terman, para criar instrumentos de avaliação da inteligência em crianças. Ela desenvolveu, em 1926, o Daw-a-Man test, ou Desenho da Figura Humana, que ganhou grande popularidade por sua fácil aplicação. No entanto, foram as baterias que determinaram um momento essencial na psicologia, pois forneceram aos psicometristas da época bases de dados com informações que seriam exploradas por muitos anos, em inúmeros estudos utilizando a análise fatorial[2] e as correlações, técnicas estatísticas que seriam muito importantes para a exploração da estrutura da inteligência (Fancher, 1985).

Nesse sentido, as explorações feitas por Charles Spearman, aluno de Wilhelm Wund, já haviam começado em 1904, quando o autor publicou seu artigo discutindo o conceito de inteligência geral, propondo que o comportamento inteligente seria unitário. O fator geral, ou fator g, foi proposto por Spearman (1904) pela observação dos padrões de correlações entre um conjunto de variáveis usando a técnica da análise fatorial. Mais tarde, David Wechsler (que lançaria as mundialmente famosas Escalas Wechsler) estava terminando o mestrado quando iniciou um estágio com Ierkes, Goddard e Terman nas avaliações durante a Primeira Guerra e, em 1918, foi enviado pelo exército americano à Europa para estudar com Charles Spearman e Karl Pearson, dois grandes expoentes do estudo teórico e psicométrico da inteligência. Para revisar essa fase da história da inteligência, veja, na Figura 22.1, os autores que foram citados. Lembramos que a revisão aqui fornecida não pretende ser exaustiva, havendo muitos outros autores que mereceriam parágrafos sobre seus feitos, como Karl Pearson, Edward Thorndike, Leta Hollingworth, William McDougall, Walter Bingham, Jean Piaget, etc.

EXPLORAÇÕES CONTEMPORÂNEAS (1937-1967) E ESFORÇOS ATUAIS

Em termos de popularidade, nada superava a escala Stanford-Binet, que durante 20 anos foi revisada diversas vezes nos Estados Unidos, sendo que, em 1937, a normatização do teste já contava com amostra de mais de 3 mil pessoas. Então, em 1939, David Wechsler publicou a primeira versão de suas escalas, a Wechsler-Bellevue Intelligence Scale, com diversas inovações, como a determinação de vários escores, permitindo a observação de padrões de habilidades do avaliando por meio da combinação dos desempenhos nos subtestes, ao contrário da escala de Stanford-Binet,

[2] A análise fatorial busca identificar fatores (atributos ou dimensões) em que os escores dos sujeitos variam por meio da avaliação de intercorrelações entre os itens de um teste. Para mais informações, consultar Hutz, Bandeira e Trentini (2015).

que fornecia somente o escore de QI (Kaplan & Saccuzzo, 2013). Atualmente, as Escalas Wechsler continuam a ser muito utilizadas no mundo inteiro, inclusive no Brasil, onde contamos com adaptações e normatizações de três principais escalas: Wechsler Intelligence Scale for Children, ou Escala Wechsler de Inteligência para Crianças ([WISC-IV®]; Rueda, Noronha, Sisto, Santos & Castro, 2013); Wechsler Adult Intelligence Scale, ou Escala de Inteligência Wechsler para adultos ([WAIS-III®]; Nascimento, 2005); e Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence, ou Escala Wechsler Abreviada de Inteligência ([WASI®]; Trentini, Yates, & Heck, 2014).

As Escalas Wechsler estão entre os instrumentos mais usados na avaliação da inteligência em nosso país, por isso voltaremos a elas nas vinhetas clínicas. No entanto, ressalta-se que é possível encontrar diversas críticas a elas, principalmente em relação à falta de uma teoria prévia para sua criação, sendo que propostas teóricas e instrumentos alternativos têm sido organizados. Um exemplo é a organização proposta por Thurstone (1939), cujos conhecimentos em estatística, e sobretudo o uso da análise fatorial, contribuíram para o desenvolvimento de sua teoria da inteligência, que dividia as capacidades mentais em sete grupos independentes: aptidão espacial, velocidade perceptual, aptidão numérica, compreensão verbal e fluência verbal, memória e raciocínio (Almeida & Primi, 2010). Em seus primeiros trabalhos, Thurstone criticou o fator g de Spearman, afirmando se tratar apenas de um artefato estatístico, proveniente dos procedimentos matemáticos utilizados até então; porém, mais tarde, reafirmou a força do fator g ao encontrá-lo também em seus próprios dados, propondo, assim, o primeiro modelo que inclui tanto um fator geral quanto fatores específicos na compreensão da inteligência (Ruzgis, 1994).

Mais tarde, o americano Guilford (1959) também defendeu a ideia de que a inteligência seria formada por várias aptidões independentes. O modelo estrutural proposto por ele partiu de conhecimento teórico prévio para o trabalho empírico e não da exploração fatorial de dados para a teoria, diferenciando-se dos trabalhos realizados até então. O modelo relacionava operações mentais, o processo cognitivo envolvido em dada tarefa (percepção, memória, cognição, pensamento divergente e convergente); produtos, a forma final da informação ou resultado após a atividade mental do sujeito (unidades, classes, relações, sistemas e transformações e implicações); e conteúdo, o tipo de informação em que a tarefa se expressa (figurativo, simbólico, semântico e comportamental). As aptidões poderiam ser agrupadas de diferentes formas, ou seja, o modelo era aberto a novas combinações, sendo o principal legado do autor justamente a constatação de que a inteligência era um construto extremamente complexo e dinâmico (Michael, Comrey, & Fruchter, 1963).

Ao mesmo tempo, o psicólogo britânico Philip Vernon (1905-1987) integrou os conhecimentos produzidos por Spearman e Thurstone e propôs um modelo que respeitava determinada hierarquia, formado por: fator geral (g), fatores grupais (v:ed: verbal:educativo – extraído de testes de inteligência verbal e testes que dependem da manipulação de palavras; e k:m: perceptivo:mecânico – associado a testes de manipulação mental de formas e testes de capacidade mecânica) e específicos, estando, em v:ed, a capacidade verbal e numérica e, em k:m, a capacidade espacial e manual (Gardner, Kornhaber, & Warren, 1998). Também escreveu sobre a polêmica contribuição dos genes e do ambiente no desenvolvimento da inteligência, discussão bastante frequente na época. Outro psicólogo britânico, Cyril Burt, contribuiu para essa polêmica, publicando artigos que comparavam a inteligência de gêmeos criados em ambientes distintos, e acirrou a discussão de ideias provenientes do conceito de eugenia (Burt, 1912). A mesma posição era defendida por Hans Eysenck, que acreditava que processos biológicos estariam na base das diferenças raciais na inteligência (Eysenck, 1971), e por Jensen (1969), ao afirmar que as diferenças genéticas estavam na base dos escores de QI. Já a conhecida "guru dos testes", Anne Anastasi, argumentou contra a posição estrita da hereditariedade, enfatizando o papel das influências ambientais e vivenciais sobre os resultados dos testes de inteligência (Anastasi, 1972). Para ela, os testes de inteligência permitem avaliar as habilidades intelectuais que são pré-requisitos em muitas tarefas importantes em nossa cultura, sejam educacionais ou ocupacionais, além de fornecer uma medida das estratégias de resolução de problemas que o indivíduo utiliza (Anastasi, 1981).

Em conjunto com John Horn (1928-2006), Raymond Cattell (1905-1998) propôs, em 1971, uma visão integrativa entre as diferentes teorias vigentes (Cattell, 1971). A proposta denominou de capacidade fluida (*Gf*) a habilidade do indiví-

duo de pensar, agir rapidamente e resolver problemas novos, como em tarefas com analogias em que os materiais são não verbais ou figuras não representacionais, e de capacidade cristalizada (*Gc*) aquela decorrente da aprendizagem e das influências da cultura, refletida em testes de conhecimento, informação geral e de vocabulário, por exemplo (Horn & Cattell, 1967). Outro autor relevante no cenário atual é Howard Gardner, que propôs a conhecida Teoria das Inteligências Múltiplas (Gardner, 1983). O importante nessa teoria não seria "quanto" você é inteligente, mas "como" (Renner, Morrissey, Mae, Feldman, & Majors, 2012). O autor propôs diversos tipos de inteligência, entre elas, linguística, lógico-matemática, espacial, musical, corporal cinestésica, interpessoal, intrapessoal e naturalista, e mantém o Projeto Zero (Pz.harvard.edu, c2015) na Universidade de Harvard, cujo objetivo é desenvolver formas alternativas de avaliação da inteligência. Para complementar o seu estudo, assista o documentário *Testing and Intelligence*, da *série* "Discovering Psychology", sobre a história dos testes e da avaliação da inteligência (Learner.org, c2015).

Finalmente, apresentamos Sternberg (2000), que desenvolveu a definição mais completa de inteligência conhecida até o momento. Segundo ele, "inteligência é a capacidade para aprender a partir da experiência, usando processos metacognitivos para melhorar a aprendizagem e a capacidade para adaptar-se ao ambiente circundante, que pode exigir diferentes adaptações em diferentes contextos sociais e culturais". Sua teoria foi denominada de Teoria Triárquica, sendo composta de inteligências prática, analítica e criativa. Enquanto a primeira estaria relacionada a aprendizagem e aplicação de normas e princípios na resolução de problemas do cotidiano, a segunda se focaria em tipos de problemas abstratos, mas tradicionais, medidos em testes de QI, ao passo que a terceira envolveria a geração de ideias e produtos novos (Sternberg, Grigorenko, & Kidd, 2005). Para revisar essa fase da história da inteligência, veja, na Figura 22.2, os autores que foram citados.

Posteriormente, John B. Carroll (1916-2003), utilizando técnicas estatísticas de análise fatorial para melhor definir e compreender o construto inteligência, desenvolveu a teoria das três camadas, ou estratos da inteligência (Intelltheory.com, 2013a). Devido à semelhança entre as teorias de Carroll, Cattell e Horn, McGrew as sintetizou na chamada Teoria Cattell-Horn-Caroll, ou modelo CHC de inteligência. Esse modelo, que compreende os estudos desses três pesquisadores, defende a hipótese de que há três estratos (Schelini, 2006). A primeira camada é composta por habilidades específicas, a segunda por habilidades amplas e a terceira por fatores gerais de habilidades, conforme Figura 22.3.

Atualmente, para avaliar a inteligência, utilizamos instrumentos que pretendem contemplar as teorias vigentes. A Woodcock Jhonson – III avalia equilibradamente sete fatores amplos, porém não há adaptação e normatização para a população brasileira (Woodcock, McGrew, & Mather, 2001). A Bateria de Provas de Raciocínio (BPR-5) é um exemplo de instrumento validado no Brasil que tem embasamento teórico no modelo CHC (Almeida & Primi, 2000). A "Composição ou Cruzamento de Baterias" (Cross Battery Approach) propõe a seleção de subtestes de bate-

FIGURA 22.1 / Linha do tempo: contextos europeu e americano (1900-1937).

Fonte: Intelltheory.com (c2013).

FIGURA 22.2 / Linha do tempo: explorações contemporâneas (1937-1967) e esforços atuais.
Nota. A data referida em cada autor(a) na linha do tempo se refere à data da publicação de um de seus trabalhos mais importantes, lembrando que inúmeras publicações podem ser encontradas antes e depois dessas datas.
Fonte: Intelltheory.com (c2013).

rias diferentes guiada pelo modelo CHC, propiciando otimização da avaliação dos fatores amplos (Flanagan & Ortiz, 2001).

Há ainda teorias desenvolvimentistas e interacionistas sobre a inteligência, como as de Lev Vygotsky (1896-1934) (Intelltheory, 2013b) e Reuven Feuerstein (1921-2014), que atribuem o ambiente como fator determinante para o desenvolvimento da inteligência (Intelltheory.com, 1997). Feuerstein salientou a capacidade do sistema nervoso central de se modificar conforme os estímulos ambientais são oferecidos e principalmente a partir da mediação de um outro ser humano, chamada teoria da modificabilidade estrutural da inteligência (Feuerstein, Feuerstein, & Falik, 2014). Para um estudo sobre os principais achados das neurociências com relação à inteligência, recomendamos o documentário *What*

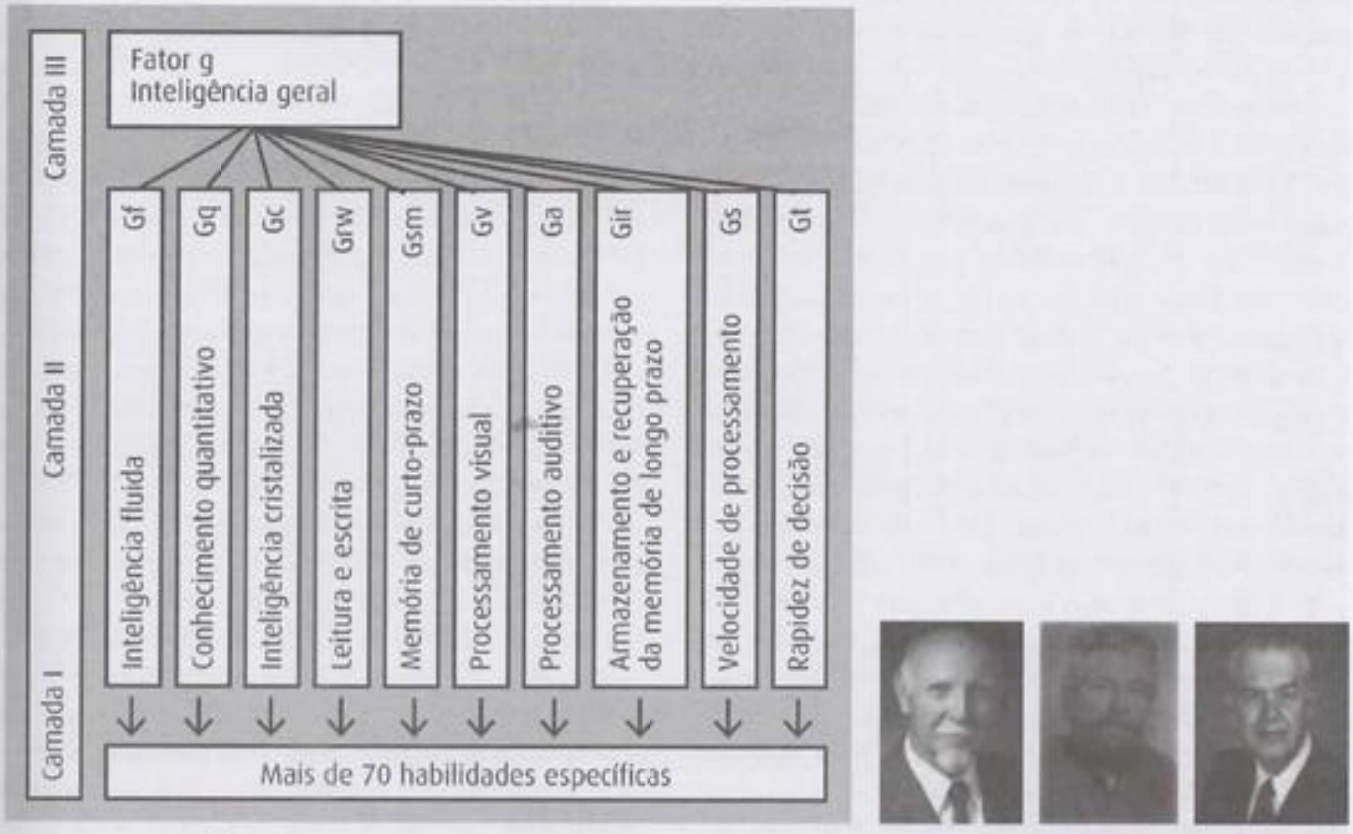


FIGURA 22.3 / Modelo Integrado Hierárquico CHC (Cattell-Horn-Caroll).
Fonte: Com base em McGrew e Flanagan (1998).

makes a genius, da British Broadcasting Corporation ([BBC], 2010).

ALTERAÇÕES NA INTELIGÊNCIA

Após revisar o histórico do desenvolvimento das teorias e da avaliação da inteligência, acreditamos ser pertinente discutir as alterações da inteligência, uma das principais demandas recebidas nos consultórios de avaliação psicológica (Wainstein, 2011). As alterações da inteligência podem ser caracterizadas pelo desenvolvimento deficiente (deficiência intelectual), pela deterioração (secundária a uma condição geral), ou pela superdotação. No Brasil, podem ser investigadas por meio de perguntas na entrevista clínica, com instrumentos padronizados e normatizados, como as escalas de inteligência Wechsler e os testes não verbais de inteligência Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, G-36, entre outras (Mäder, Thais, & Ferreira, 2004; Strauss, Sherman, & Spreen, 2006).

Segundo o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2014), a nomenclatura utilizada para caracterizar alguém com dificuldades nessa área é deficiência intelectual. Consiste em apresentar déficits nas funções intelectuais (racionalização, resolução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, julgamento, aprendizado acadêmico e aprendizado advindo da experiência) confirmados por avaliação clínica e testagem de inteligência padronizada e individualizada. É importante ressaltar que avaliação da inteligência com testes padronizados é realizada estritamente por psicólogos(as) no Brasil, e deve ser complementada pela verificação do impacto desses déficits no funcionamento global da pessoa. Portanto, além da avaliação de QI, o(a) psicólogo(a) deve avaliar falhas na independência pessoal e na responsabilidade social, e verificar a necessidade de suporte nas atividades da vida diária, em vários ambientes (casa, escola, trabalho e comunidade). Consequentemente, o processo de avaliação psicológica vai além das capacidades cognitivas (domínio conceitual) levantadas pelos testes de inteligência. Investiga outras áreas a partir de entrevistas com familiares, observações a fim de caracterizar como está o desempenho nos domínios social e prático. Para tanto, o profissional pode lançar mão de diferentes métodos e técnicas, como a Escala de Avaliação de Incapacidade (WHODAS), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adaptada no Brasil (Silveira et al., 2013). Assim, podemos delimitar a gravidade atual, se leve, moderada, grave ou profunda (APA, 2014).

No Brasil, é grande a demanda por avaliação psicológica em decorrência de dificuldades escolares. Abordaremos, então, brevemente a relação entre inteligência e dificuldades de aprendizagem e transtornos do neurodesenvolvimento. Além de questões emocionais, autoestima e motivação para aprender e de questões sensoriais que podem ser entraves físicos ou emocionais no processo ensino-aprendizagem, é importantíssimo investigar tanto habilidades específicas (p. ex., queixas em leitura, aritmética) quanto a cognição como um todo. Portanto, abordaremos os fatores a serem avaliados nas crianças que não estão tendo sucesso na escola. A avaliação deve enfocar, além das capacidades perceptivas e atencionais, os processos mentais superiores linguagem, memória, inteligência e resolução de problemas (Kaefer, 2006).

São necessárias mais investigações sobre o uso de testes de inteligência na avaliação psicológica no contexto educacional, pois os dados ainda são inconclusivos. Maia e Fonseca (2002) investigaram relações entre medidas de leitura e escrita ou de desempenho escolar com as de QI utilizando a Escala Wechsler de Inteligência para Crianças, 3ª edição ([WISC-III]; Wechsler, 2002) e não encontraram correlações entre as duas variáveis no grupo de crianças e adolescentes com idades entre 7 e 15 anos. Já Joly e Istome (2008), em um estudo com crianças e adolescentes entre 9 e 15 anos, encontraram relações entre os baixos escores de QI total, QI verbal, fatores compreensão verbal e resistência à distração da WISC-III (Wechsler, 2002) e as dificuldades de vocabulário mensuradas no Teste de Cloze. O que sugere que as tarefas que compõem esses fatores da WISC-III aferem habilidades cognitivas específicas da compreensão em leitura. Atualmente, há críticas sobre a pouca utilidade de algumas medidas e não há consenso a respeito do critério de discrepância entre QI e desempenho em testes específicos para diagnosticar dificuldades de aprendizagem (Fletcher, Lyons, Fuchs, & Barnes, 2009; Joshi & Aron, 2008; Salles, Zamo, Rodrigues, & Jou, 2010). Nas vinhetas clínicas apresentadas neste capítulo, foram utilizados testes de avaliação da inteligência. Em ambas, os testes aplicados tiveram o objetivo de caracterizar o funcionamento dos sujeitos avaliados e não de classificá-los.

Destaca-se que, durante a avaliação cognitiva com a WAIS-III®, o paciente demonstrou acen-

VINHETA CLÍNICA / 22.1 – MENINO, ENCAMINHADO PELO NEUROLOGISTA PARA PSICODIAGNÓSTICO COM O OBJETIVO DE AVALIAR A INTELIGÊNCIA

O processo de psicodiagnóstico e avaliação da inteligência do paciente foi realizado em dois momentos. A primeira avaliação ocorreu quando ele tinha 5 anos e 3 meses. Nesse momento, as queixas eram de agitação psicomotora, desatenção e resistência em realizar novas atividades. Quando da primeira avaliação, realizava atendimento fonoaudiológico e estudava em sistema de inclusão em uma pré-escola da rede pública de ensino que dispunha de atividade dirigida a ele em sala de recursos. Segundo filho, mora com pai, mãe e irmã 10 anos mais velha que ele. A gestação foi planejada e desejada pela família, sem intercorrências, e nasceu de parto normal, Apgar 9. Apresentou atraso na aquisição da linguagem, as verbalizações foram interrompidas, segundo a família, quando estava com 1 ano. Foi realizada investigação que descartou problemas auditivos, distúrbio neurofisiológico (eletrencefalografia), síndromes genéticas (x-frágil) e anormalidades estruturais (ressonância magnética). No psicodiagnóstico, foram aplicadas técnicas de entrevista, hora do jogo diagnóstica, escala para sintomas de hiperatividade, desatenção e oposição preenchida pela mãe, MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde, & Pinto, 2006) e o teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, aplicado no modelo de tabuleiro (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, & Duarte, 1999).

Os resultados mostraram razoável capacidade de compreensão verbal e maiores dificuldades em conceitos que expressam direção e pontos de referência (abaixo, atrás, em cima, ao lado, entre). Percebeu-se boa capacidade de atenção focalizada durante as brincadeiras; na escala MTA-SNAP-IV, também não foram identificados pela mãe sintomas de hiperatividade, desatenção e oposição em demasia. Durante a testagem com o teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, observaram-se dificuldades em compreender o que era para fazer na tarefa. Desse modo, conforme já referido, o teste foi aplicado no modelo de tabuleiro, permitindo apoio concreto para a resolução do problema. Seu desempenho foi acima de 95% das crianças de sua idade, classificando-o em nível I: intelectualmente superior.

Após essa avaliação, a família buscou os seguintes atendimentos para o menino: psicoterapia individual, terapia ocupacional, apoio pedagógico na sala de recursos da escola (SIR), além de frequentar o 1º ano do 1º ciclo no ensino fundamental em escola pública com inclusão. A reavaliação se deu um ano e dois meses depois da primeira avaliação psicológica. Os objetivos foram verificar novamente sua capacidade intelectual devido à boa resposta apresentada na escola e nas terapias. Além disso, o neurologista solicitou avaliação com um instrumento padrão ouro internacionalmente reconhecido para avaliação de inteligência (WISC-IV®) a fim de dar continuidade aos encaminhamentos e benefícios concedidos ao menino em seu processo de escolarização e inserção social segundo hipótese diagnóstica de transtorno do espectro autista (TEA).

Além da entrevista inicial e de anamnese com a mãe e com o menino, foram realizadas atividades lúdicas com jogos e carrinhos e desenho livre a fim de verificar qualidade gráfica e capacidade narrativa a partir dos próprios desenhos realizados pela criança. Foi utilizada também uma tarefa de memória e aprendizagem de lista de palavras, além de situação para investigar teoria da mente, um construto que permite o desenvolvimento de empatia e possibilita que se compreenda como o outro está se sentindo, logo, seu estado mental (Jou & Sperb, 2004). Os testes usados foram: Escala Wechsler de Inteligência para Crianças, 4ª edição (WISC-IV®) (Wechsler, 2003; Rueda et al., 2013), Desenho da Figura Humana (DFH-III) (Wechsler, 2003), e teste de cópia e de reprodução (memória) de figuras geométricas complexas, Figuras Complexas de Rey (Oliveira & Rigoni, 2010).

A Escala Wechsler de Inteligência para Crianças, 4ª edição (WISC-IV®) (Wechsler, 2003; Rueda et al., 2013), destina-se a avaliar a cognição de crianças e adolescentes, além de permitir que seja realizada interpretação neuropsicológica. Embora seja uma escala internacionalmente reconhecida para avaliar inteligência, as dificuldades de compreensão do examinando interferiram no entendimento das tarefas solicitadas pela examinadora. Os resultados da reavaliação com essa escala sugerem que a capacidade de inteligência geral do menino encontrava-se no intervalo extremamente baixo

quando comparada à de crianças de mesma idade, ou seja, supera aproximadamente 0,5% das crianças da sua idade (QIT = 61). Ainda, seu desempenho, no momento, apontou, nos índices fatoriais, os seguintes resultados: compreensão verbal (acima de aproximadamente 1% das crianças com a mesma idade – ICV = 65), memória operacional (acima de aproximadamente 0,1% das crianças com a mesma idade – IMO = 52) e velocidade de processamento (superior a aproximadamente 2% das crianças com a mesma idade – IVP = 68). Portanto, observou-se desempenho extremamente baixo, como se pode ver na Figura 22.4.

Apesar disso, o índice de organização perceptual foi superior a aproximadamente 8% das crianças com a mesma idade (IOP = 79), o que indica classificação limítrofe. Em relação às discrepâncias entre as áreas avaliadas e heterogeneidade de desempenho nas tarefas, percebeu-se que o examinando tem facilidade na tarefa semelhanças e raciocínio matricial e dificuldade em conceitos figurativos e vocabulário. Logo, seu desempenho para habilidades de raciocínio lógico e formação conceitual verbal (pensamento abstrato) está melhor do que o demonstrado em desenvolvimento da linguagem.

Assim como na WISC-IV®, seu desempenho no DFH-III, como medida cognitiva, correspondeu a menos de 2% das crianças de sua idade, estando com classificação deficiente. Esses resultados indicaram dificuldades em formar conceitos e organizá-los graficamente. Ainda na WISC-IV®, o desempenho na tarefa de cancelamento sugere que o paciente se beneficiou da organização dos estímulos para conseguir centrar sua atenção; por isso, na tarefa de cancelamento aleatória, seu desempenho foi inferior ao da tarefa de cancelamento estruturado. Na tarefa de memória e aprendizagem verbal de lista de palavras, verificou-se aumento na quantidade de palavras memorizadas conforme havia repetição da lista, o que sugere boa capacidade de armazenamento de informações verbais. A partir da observação do comportamento, das entrevistas e das respostas durante a testagem, pode-se inferir que, no momento, o examinando ainda não havia adquirido a capacidade de se colocar no lugar do outro (teoria da mente). Apesar disso, estava desenvolvendo suas habilidades comunicativas por meio da fala espontânea e da repetição de frases e palavras, que, em alguns momentos, sugere ecolalia (repetição de sons e palavras sem contexto). Em vários momentos, demonstrou capacidade comunicativa, principalmente quando solicitava ajuda na realização das tarefas, e, talvez para agradar a examinadora e não ficar sem dar alguma resposta (tarefa de memória de palavras), fez intrusões de palavras que não estavam na lista. Nas atividades lúdicas, demonstrou perseveração no tema carros (fusca), por vezes ignorando os pedidos da examinadora para que desenhasse outra coisa. Ainda nas atividades gráficas e de narrativa, as verbalizações do menino sugeriram isolamento social e preferência na interação com objetos inanimados, como carros.

A partir do processo de reavaliação, pode-se concluir que o menino apresentava características comportamentais coerentes com o TEA 299.00 (F84.0) e seu nível de severidade do quadro, no momento, pôde ser classificado em Nível 1, segundo o DSM-5 (APA, 2014). Isso significa que ele requeria suporte para comunicação social, pois, sem o suporte, os déficits na comunicação social podem causar comprometimentos percebíveis. Foram observadas, também, dificuldades em iniciativas de interação social e exemplos claros de respostas atípicas ou malsucedidas, comportamentos restritos e repetitivos, como inflexibilidade de comportamentos (dificuldade em trocar de regras), o que pode interferir de forma significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Apesar disso, verificou-se boa capacidade para aprendizado, o que poderia ajudá-lo na organização e no planejamento de atividades, favorecendo sua independência (Oliveras-Rentas, Kenworthy III, Roberson, Martin, & Wallace, 2012). Já o desempenho extremamente baixo na WISC-IV® foi atribuído às dificuldades de comunicação e não ao desempenho em inteligência fluida, que, conforme avaliação anterior (2013), encontrava-se em nível superior.

A partir desse caso, podemos verificar a validade idiográfica na medida em que se considera importantes os aspectos clínicos apresentados durante o processo de psicodiagnóstico. Os dados dessa abordagem constituem-se de informações qualitativas sobre o funcionamento amplo (escolar, laboral, social, familiar) do sujeito. Assim, a comparação é feita intra-sujeito a partir da escuta de seu contexto e das variâncias da avaliação nomotética baseada na comparação com grupo normativo (Tavares, 2003).

Classificação*	QIT	IVC	IOP	IMO	IVP
Muito superior					
Superior					
Médio superior					
Médio					
Médio inferior					
Limítrofe					
Extremamente baixo					

* Classificação calculada a partir dos valores de QI e com base nos seguintes critérios:

Classificação	QI total
Muito superior	130 e acima
Superior	120-129
Médio superior	110-119
Médio	**90-109**
Médio inferior	80-89
Limítrofe	70-79
Extremamente baixo	69 e abaixo

Média

Paciente

FIGURA 22.4 / Classificações de QI e índices fatoriais.

tuado perfeccionismo no que se refere aos detalhes gráficos das tarefas. Por exemplo, no subteste "Cubos", percebeu diferença de 2 mm no estímulo original em relação ao material que tinha em mãos para executar a tarefa. Além disso, comentou diversas vezes durante a testagem que suas estratégias de memorização e raciocínio eram diferentes das que outras pessoas usavam. Ao ser questionado sobre quais seriam essas estratégias, relatou que algumas são baseadas em proporções e que, muitas vezes, falha durante uma tarefa por não conseguir memorizar todas as proporções que calcula. Também apresentou aumentada dificuldade em conceituar conteúdos abstratos, como observado no subteste "Vocabulário", em que falhou ao tentar fornecer um significado para a palavra "Compaixão".

Prosseguiu-se a avaliação das habilidades de memória por meio do Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT) (Malloy-Diniz et al., 2000), que avalia memória recente, aprendizagem, retenção e memória de reconhecimento. O paciente apresentou dificuldades na habilidade de memória imediata e na capacidade de aprendizagem de uma lista de palavras, lembrando menos palavras do que o esperado em comparação a indivíduos de mesmos sexo e faixa etária. Na tarefa de recordação da lista após 20 minutos, recordou, mais uma vez, um número pequeno de palavras, desempenho que indica reduzida capacidade de memória tardia (armazenamento).

Uma avaliação qualitativa durante essa primeira etapa do psicodiagnóstico indicou a presença de padrões repetitivos e inflexíveis de comportamento, dificuldades na conceituação de sentimentos, excessiva preocupação com detalhes, além de ansiedade ante seu desempenho cognitivo. As observações orientaram o processo psicodiagnóstico para uma investigação de características de personalidade, dificuldades sociais e sintomas obsessivos. Para investigação dessas áreas, realizaram-se entrevistas com o paciente e sua esposa, além de aplicação de escalas e realização de tarefas, conforme será descrito a seguir.

Quanto ao contato social, sobre o relacionamento com a mulher, o paciente relatou que empregou uma estratégia para conquistá-la fundamentada na satisfação das necessidades dela. Além disso, relata que utiliza diferentes tipos de estratégias em seus relacionamentos, pois foi a única maneira de se relacionar que aprendeu. Questionada sobre a expressão de afeto entre

VINHETA CLÍNICA / 22.2 – ADULTO, ENCAMINHADO PELA FONOAUDIÓLOGA PARA PSICODIAGNÓSTICO POR APRESENTAR NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS

O processo de psicodiagnóstico foi efetuado em apenas um momento, mas considerou resultados de avaliações feitas por outros profissionais. O adulto tinha 31 anos, era casado e morava com a esposa e o filho. Um ano antes do psicodiagnóstico, realizou avaliação neuropsicológica que indicou dificuldades em diversas funções, como funções executivas, linguagem, atenção, percepção, etc. Na mesma época, a avaliação do processamento auditivo indicou disfunção do tipo prosódia auditiva e também na memória de trabalho. Na época do psicodiagnóstico, o paciente era acompanhado por um programa de inclusão da universidade e cursava o 4º ano de uma faculdade da área das ciências exatas. Ele havia requerido o direito de fazer as avaliações utilizando material de consulta, e os profissionais do programa aguardavam os resultados do psicodiagnóstico para atendê-lo ou não.

As técnicas utilizadas foram: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS-III®) (Nascimento, 2005), tarefa de aprendizagem auditivo-verbal (Malloy-Diniz, Cruz, Torres, & Consenza, 2000), tarefa de avaliação de obsessões e compulsões (Foa et al., 2002), Inventário Fatorial de Personalidade (Pasquali, Azevedo, & Ghesti, 1997), tarefa de reconhecimento de emoções (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001), entrevista com a esposa e checagem da tarefa de avaliação de obsessões e compulsões, entrevista de devolução com o paciente e a esposa.

Sobre o seu desenvolvimento, segundo o relato do paciente, confirmado pela entrevista com a esposa, ele fora uma criança "diferente". Teve atraso na fala, além de dificuldades na leitura e na escrita. A mãe do paciente era professora na escola em que ele estudava e ouvia queixas frequentes sobre o filho em razão do comportamento "exageradamente curioso" em sala de aula. Além disso, era comum que desmontasse e montasse objetos como ferros de passar, liquidificadores e carros de brinquedo, sendo, até hoje, em suas próprias palavras, "fascinado pela forma como as coisas funcionam". Em relação ao convívio social, de acordo com seu relato, apresentava dificuldades de interação social e era frequentemente excluído durante as aulas de educação física por ser desajeitado nos esportes, preferindo sempre brincar sozinho a dividir atividades com os colegas. Durante a adolescência, não frequentava festas, mantendo-se bastante focado nos estudos.

Na avaliação das capacidades cognitivas do paciente por meio da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos – WAIS-III® (Nascimento, 2005), observou-se um desempenho intelectual global em nível médio superior, resultado superior no que se refere ao QI verbal e médio no QI de execução. O desempenho do paciente para os diferentes índices fatoriais variou de superior a médio e demonstrou reduzida velocidade de processamento, além de padrão discrepante de desempenho (Figs. 22.5 e 22.6).

A determinação das facilidades e dificuldades do examinando identificou facilidades em alguns dos subtestes verbais (Vocabulário, Informação e Aritmética). Esses resultados corroboram as observações clínicas que indicavam boa capacidade do paciente em adquirir conhecimento, beneficiar-se do estudo formal, além de desenvolver um ótimo raciocínio matemático. No entanto, foram observadas dificuldades em um subteste verbal (Sequência de Números-Letras) e alguns subtestes de execução (Códigos e Procurar Símbolos). Durante a realização do subteste verbal (SNL), observou-se que mesmo após ordenar corretamente (ordem crescente) as sequências de números fornecidos, o paciente não conseguia armazenar as letras para posteriormente colocá-las em ordem alfabética. Ele comentou que utilizava a estratégia de transformar números em objetos, o que facilitava a ordenação dos números, porém não tinha uma estratégia para fazer isso com as letras. Já nos subtestes de execução, as dificuldades encontradas corroboraram o déficit de memória de trabalho observado nas avaliações realizadas por outros profissionais, além de uma velocidade de processamento diminuída.

Classificação*	QIT	QIV	QIE	IVC	IOP	IMO	IVP
Muito superior							
Superior							
Médio superior							
Médio							
Médio inferior							
Limítrofe							
Extremamente baixo							

* Classificação de QI segundo critérios descritos na Vinheta Clínica 22.1 deste capítulo.

Média Paciente

FIGURA 22.5 / Classificações de QI e índices fatoriais.

Desvios-padrão*	Escala verbal							Escala de Execução					
	Voc	Sem	Arit	Dig	Inf	Com	SNL	CF	Cod	Cub	RM	AF	PS
+3 DP													
+2 DP													
+1 DP													
Média													
-1 DP													
-2 DP													
-3 DP													

* Valores de desvio-padrão calculados de acordo com os pontos ponderados e com base nos seguintes critérios:

Desvios-padrão	Pontos ponderados
+3 DP	19
+2 DP	16-18
+1 DP	13-15
Média	8-12
-1 DP	5-7
-2 DP	2-4
-3 DP	1

Média Paciente

FIGURA 22.6 / Subtestes.

o casal, a esposa relatou que o paciente não demonstra ou verbaliza sentimentos, sendo muito fechado, parecendo, muitas vezes, viver em um "mundo virtual". Segundo ela, o paciente nunca discute seus relacionamentos pessoais ou sociais e tem muita dificuldade em perceber quando seus clientes e amigos têm segundas intenções.

Sobre o aspecto da comunicação, o paciente mencionou que nunca conseguiu ter boa compreensão da ambiguidade presente nas conversações, característica que nomeou de "bom senso mágico". Para ele, enquanto a maioria das pessoas tem "ritmo" para conversar, ele só despeja ideias, como um "relâmpago". Comentou, ainda, que desde a infância vem desenvolvendo estratégias para lidar com essa dificuldade. Relatou que por muito tempo manteve "tipos de conversas" para cada um dos grupos de amigos e tipos de amigos para cada situação, conseguindo, assim, lidar melhor com essas dificuldades. Investigaram-se

os hábitos e interesses, e o paciente referiu que a rotina é um aspecto muito importante em sua vida e que odeia mudanças repentinas. De acordo com a esposa, ele tem alguns rituais e fica extremamente ansioso ao não conseguir lavar as mãos e tomar banho logo que chega a casa. Também tem hábitos que ela considera estranhos, como montar e desmontar repetidamente pecinhas com arames e parafusos enquanto trabalha na empresa. Ela comentou, ainda, que várias vezes observou o fascínio do marido por hierarquias e leis e que, quando essas regras não são respeitadas, ele fica muito agitado e começa a "andar em círculos". O relato do paciente sobre as atividades que realiza em seu tempo livre foi confirmado pela esposa, segundo ambos, o paciente tem interesses bastante restritos.

Na avaliação do paciente por meio do Inventário Fatorial de Personalidade (Pasquali et al., 1997), comparando-se o resultado obtido com as normas, encontrou-se escore bastante reduzido na dimensão "Mudança", que avalia a necessidade de mudar, mediante o próprio esforço, uma situação ou características das pessoas, e escores elevados nas dimensões "Desempenho" e "Dominância". Enquanto a primeira mede a necessidade de vencer obstáculos, realizar ações difíceis e executar tarefas independentemente e com o máximo de rapidez, a segunda diz respeito à capacidade de controlar o ambiente e influenciar o comportamento alheio. Uma análise qualitativa das questões do inventário permitiu identificar fortes características obsessivas, dado também observado durante as entrevistas e a avaliação cognitiva do paciente, decidindo-se, então, pela avaliação dos sintomas obsessivos do paciente.

A intensidade desses sintomas foi avaliada por meio do Inventário de Obsessões e Compulsões Revisado (OCI-R) (Foa et al., 2002). A escala foi respondida pelo paciente, e as respostas foram conferidas, posteriormente, com sua esposa em uma entrevista individual. Encontrou-se grande diferença na percepção dos comportamentos obsessivos e compulsivos entre os dois informantes (o escore informado pela esposa [27] foi quase seis vezes maior do que o informado pelo paciente [5], considerando que, quanto maior o escore, maior é a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos), o que sugere que o paciente subestima seus sintomas, mas que esses são facilmente observados por sua esposa. De acordo com a esposa, o paciente fica extremamente irritado quando ela muda algo de lugar na casa, exige que as coisas sejam arrumadas em determinada ordem, não compartilha copos e outros utensílios que as demais pessoas tenham usado, verifica compulsivamente arquivos quando está realizando seu trabalho nos computadores, bem como toma banho e lava as mãos com mais frequência que outras pessoas. Ela também relata que, quando o paciente está realizando alguma tarefa, parece estar "mergulhado em seu próprio planeta", não conseguindo conversar ou executar qualquer outra tarefa simultaneamente.

A partir das características de comportamento observadas durante essa avaliação e das dificuldades sociais relatadas pelo paciente e sua esposa, levantou-se a hipótese de um transtorno do neurodesenvolvimento (APA, 2014). Em face da falta de instrumentos validados no Brasil e que sejam específicos para a avaliação desse transtorno, optou-se por utilizar uma tarefa para a avaliação da teoria da mente, que se refere à habilidade para explicar, predizer e interpretar comportamentos e estados mentais, como intenções, crenças e desejos. A tarefa consistia em escolher, entre quatro palavras, aquela que melhor descrevia o que a pessoa da foto estava pensando ou sentindo. Durante a tarefa, o paciente comentou repetidas vezes sua dificuldade em executá-la, dizendo que sempre tivera problemas em inferir o que a outra pessoa estava pensando ou sentindo. Comparando-se o desempenho do paciente com as normas para a tarefa fornecidas por Baron-Cohen e colaboradores (2001), obteve-se um escore que reflete dificuldades para inferir estados mentais e que é semelhante aos obtidos por indivíduos com TEA. Ressalta-se que os resultados dessa tarefa devem ser interpretados com cautela, pois ainda não existem normas brasileiras para ela. Com o objetivo de realizar uma estimativa do comportamento do paciente, utilizaram-se normas americanas para a comparação.

Com base em seus critérios diagnósticos, o TEA somente deve ser diagnosticado a partir da avaliação clínica das dificuldades do paciente em relação a interação e comunicação social, bem como na presença de interesses restritos e comportamentos estereotipados, que podem ter diferentes níveis de gravidade em cada indivíduo. Durante as entrevistas, foram levantadas dificuldades sociais do paciente, o qual relatou ser conhecido, ainda na infância, por seu jeito "estranho". Sobre a comunicação, as dificuldades de linguagem do paciente ficaram evidentes nos achados da avaliação fonoaudiológica feita ante-

riormente, que apontara alterações na prosódia e na pragmática, além de dificuldades no entendimento de inferências observadas na avaliação neuropsicológica. Já os interesses restritos e os comportamentos estereotipados puderam ser verificados durante as entrevistas com o paciente e também com sua esposa. Além disso, durante a avaliação, observou-se grande dificuldade do paciente em iniciar e manter contato visual com a psicóloga, além de um perfeccionismo elevado que chegou a imobilizá-lo, levando-o a um desempenho rebaixado em várias tarefas propostas.

Ao fim do processo de psicodiagnóstico, entendeu-se que, naquele momento, o paciente apresentava dificuldades no sistema de memória de trabalho, velocidade de processamento, atenção e funções executivas que podiam estar contribuindo para um rebaixamento em seu desempenho acadêmico. A integração das informações das avaliações neuropsicológica, fonoaudiológica e do processamento auditivo, realizadas anteriormente, com a observação clínica da sintomatologia apresentada pelo paciente durante a avaliação, sugere um quadro de TEA 299.00 (F84.0). Ademais, ele demonstrou reduzida consciência de algumas de suas dificuldades (comportamentos obsessivo-compulsivos) ao mesmo tempo que relatou grande sofrimento e ansiedade em relação a seu rendimento acadêmico. Ressalta-se que, durante o psicodiagnóstico, mostrou-se interessado em conhecer mais sobre seu próprio funcionamento, além de ter apresentado preocupação em relação às dificuldades sociais que enfrenta desde criança. Assim, considera-se que se beneficiaria de intervenção psicoterapêutica do tipo cognitivo-comportamental, focada no desenvolvimento de suas habilidades sociais e também em seus sintomas obsessivo-compulsivos, que podem lhe prover estratégias mais adaptativas de enfrentamento de suas dificuldades. É igualmente importante para o paciente realizar reabilitação fonoaudiológica indicada pela avaliação do processamento auditivo feita anteriormente. Dessa maneira, no fim do psicodiagnóstico, os resultados forneceram subsídios para a manutenção do paciente no programa de inclusão, tendo as suas necessidades de aprendizagem atendidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste capítulo, buscamos demonstrar a complexidade do construto inteligência revisando um pouco da sua história. Discutimos uma das principais demandas clínicas de psicodiagnóstico na atualidade: os transtornos da aprendizagem e as necessidades educacionais de crianças e adultos. Na apresentação das vinhetas clínicas, tentamos demonstrar a importância de as demandas por avaliações da inteligência não serem simplesmente a apresentação de escores e classificações. Ressaltamos que as perguntas sobre o funcionamento intelectual de crianças e adolescentes devem ser respondidas em conjunto com os conhecimentos que a psicologia e outras ciências construíram em termos de psicopatologia e psicologia do desenvolvimento.

No Brasil, é grande a necessidade de adaptação de outros instrumentos bastante utilizados no exterior para a avaliação da inteligência, como a Bateria de Habilidades Cognitivas Woodcock-Johnson III, cujos estudos de validade de construto em amostras brasileiras estão sendo realizados por Wechsler e Schelini (2006). A bateria WJ-III responde ao modelo CHC, e algumas pesquisas indicaram alta correlação com o desempenho em leitura em amostras de crianças e adolescentes americanos, possibilitando um diagnóstico mais apurado das dificuldades de aprendizagem (Evans, Floyd, McGrew, & Leforgee, 2002; Stanford & Oakland, 2000).

A Kaufman Assessment Battery for Children se baseia nas teorias CHC e de neurodesenvolvimento de Luria, sendo destinada a crianças de 2 anos e meio até 12 anos, e também carece de adaptação para o Brasil (Kaufman & Kaufman, c2011). A escala Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Third Edition (WIPPSI®) também não tem versão brasileira e se destina a crianças pré-escolares (Wechsler, 2012).

Por fim, gostaríamos de reforçar a mensagem da renomada pesquisadora e psicóloga Susana Urbina em palestra proferida durante o congresso do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP): "The intelligence profiles must be used to make difference in child's and adult's live's, if not so, why bother?" (Urbina, 2011), ou seja, em tradução livre: "Os escores de inteligência devem ser usados para fazer a diferença na vida de crianças e adultos, se não fizerem diferença, por que se importar?".

REFERÊNCIAS

Alfredbinet.univ-lorraine.fr. (20--?). Recuperado de http://alfredbinet.univ-lorraine.fr/#Jungle

Almeida, L. S. (2002). As aptidões na definição e avaliação da inteligência: O concurso da análise fatorial. *Paidéia, 12*(23), 5-17.

Almeida, L. S., & Primi, R. (2000). *Baterias de prova de raciocínio: BPR-5*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Almeida, L. S., & Primi, R. (2010). Considerações em torno da medida da inteligência. In L. Pasquali (Ed.), *Instrumentação psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Anastasi, A. (1972). Reminiscences of a differential psychologist. In T. S. Krawiec (Ed.), *The psychologists*. London: Oxford University.

Anastasi, A. (1981). *Differential psychology* (4th ed.). New York: Macmillan.

Andrés-Pueyo, A. (2006). Modelos psicométricos da inteligência. In C. E. Flores-Mendoza, & R. Colom, *Introdução à psicologia das diferenças individuais*. Porto Alegre: Artmed.

Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F., & Duarte, J. L. M. (1999). *Matrizes progressivas coloridas de RAVEN: Escala especial*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The reading the mind in the eyes test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(2), 241-251.

Binet, A., & Simon, T. (1905). *Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux* (vol. 11). [S.l.]: L'Anneée Psychologique.

British Broadcasting Corporation (BBC). (2010). *What makes a genius*. [S.l.]: YouTube. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=Phq7tWveUmw

Burt, C. L. (1912). The inheritance of mental characteristics. *Eugenics Review, 4*, 168-200.

Cattell, R. B. (1971). *Abilities: Their structure, growth, and action*. Boston: Houghton Mifflin.

Evans, J. J., Floyd, R. G., McGrew, K. S., & Leforgee, M. H. (2002). The relations between measures of Cattell-Horn-Carroll (C-H-C) cognitive abilities and reading on childhood and adolescence. *School Psychology Review, 31*, 246-262.

Eysenck, H. J. (1971). *The IQ argument: Race, intelligence, and education*. New York: Library Press.

Fancher, R. E. (1985). *The intelligence men: Makers of the IQ controversy*. New York: W. W. Norton.

Feuerstein, R., Feuerstein, R. S., & Falik, L. (2014). *Além da inteligência: Aprendizagem mediada e a capacidade de mudança do cérebro*. Petrópolis: Vozes.

Flanagan, D. P., & Ortiz, S. O. (2001). *Essentials of cross-battery assessment*. Nova York: Wiley.

Fletcher, J., Lyons, G., Fuchs, L., & Barnes, M. (2009). *Transtornos de aprendizagem: Da identificação à intervenção*. Porto Alegre: Artmed.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment, 14*(4), 485-495.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind. The theory of multiple intelligences*. New York: BasicBooks.

Gardner, H., Kornhaber, M. L., & Warren, K. W. (1998). *Inteligência: Múltiplas perspectivas*. Porto Alegre: Artmed.

Goldim, J. R. (1998). *Eugenia*. Porto Alegre: UFRGS. Recuperado de http://www.ufrgs.br/bioetica/eugenia.htm

Guilford, J. P. (1959). Three faces of intellect. *American Psychologist, 14*(8), 469-479.

Horn, J. L., & Cattell, R. B. (1967). Age differences in fluid and crystallized intelligence. *Acta Psychologica, 26*(2), 107-129.

Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2015). *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed.

Intelltheory.com. (1997). Recuperado de http://www.intelltheory.com/intelmap.pdf

Intelltheory.com. (2013a). Recuperado de http://www.intelltheory.com/carroll.shtml

Intelltheory.com. (2013b). Recuperado de http://www.intelltheory.com/vygotsky.shtml

Intelltheory.com. (c2013). Recuperado de http://www.intelltheory.com/

Jensen, A. R. (1969). How much can we boost IQ and scholastic achievement? *Harvard Educational Review, 39*(1), 1-123.

Joly, M. C. R. A., & Istome, A. C. (2008). Compreensão em leitura e capacidade cognitiva: Estudo de validade do teste Cloze Básico – MAR. *Psicologia, 9*(2), 219-228.

Joshi, R., & Aron, P. (2008). Assessment of literacy performance based on the componential model of reading. In G. Reid, A. Fawcett, F. E. Manis, & L. Siegel (2008), *The Sage handbook of dyslexia*. London: Sage.

Jou, G., & Sperb, T. (2004). O contexto experimental e a teoria da mente. *Psicologia Reflexão e Crítica, 17*(2), 167-176.

Kaefer, H. (2006) Semiologia psicológica. In N. Rotta, L. Ohlweiler, & R. Riesgo (Eds.), *Transtornos da aprendizagem: Abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed.

Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2013). Introduction. In R. M. Kaplan, & D. P. Sacuzzo (Eds.), *Psychological testing: Principles, applications, and issues, eighth edition* (8th ed.). Wadsworth: Cengage Learning.

Kaufman, A. S., Kaufman, N. L. (c2011). Why the KABC-II? [S.l.]: Cultural Fairness. Recuperado de http://www.culturalfairness.com/why-kabc.asp

Learner.org. (c2015). Recuperado de http://www.learner.org/series/discoveringpsychology/16/e16expand.html

Mäder, M., Thais, M., & Ferreira, M. (2004). Inteligência: Um conceito amplo. In V. Andrade, F. Santos, & O. Bueno (Eds.), *Neuropsicologia hoje*. São Paulo: Artes Médicas.

Maia, A. C. B., & Fonseca, M. L. (2002). Quociente de inteligência e aquisição de leitura: Um estudo correlacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(2), 261-270.

Malloy-Diniz, L., Cruz, M. F. C., Torres, V. M. T., & Cosenza, R. M. (2000). O teste de aprendizagem auditivo-verbal de Rey: Normas para uma população brasileira. *Revista de Neurologia, 36*(3), 79-83.

Mattos, P., Serra-Pinheiro, M., Rohde, L., & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 28*(3), 290-297.

McGrew, K. S., & Flanagan, D. P. (1998). *The Intelligence Test Desk Reference (ITDR): Gf-Gc cross-battery assessment*. Boston: Allyn & Bacon.

Michael, W. B., Comrey, A. L., & Fruchter, B. (1963). J. P. Guilford: Psychologist and teacher. *Psychological Bulletin, 60*(1), 1-34.

Nascimento, E. (2005). *Escala de inteligência Wechsler para adultos (WAIS-III®): Manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nolen-Hoeksema, S. N., Fredrickson, B. L., Loftus, G., & Wagenaar, W. A. (2012). *Introdução à Psicologia: Atkinson & Hilgard*. Boston: Cengage Learning.

Oliveira, M. S., & Rigoni, M. S. (2010). *Figurus Complexas de Rey: Teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveras-Rentas, R., Kenworthy III, L., Roberson, R., Martin, A., & Wallace, G. (2012). WISC-IV profile in high-functioning autism spectrum disorders: Impaired processing speed is associated with increased autism communication symptoms and decreased adaptive communication abilities. *Journal of Autism Development Disorder, 42*(5), 655-664.

Pasquali, L., Azevedo, M. M., & Ghesti, I. (1997) *Inventário Fatorial de Personalidade – IFP: Manual técnico de aplicação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Plucker, J. A., & Esping, A. (2013). Developing and maintaining a website for teaching and learning about intelligence. *Intelligence, 42*, 171-175.

Primi, R. (2002). Inteligência fluida: Definição fatorial, cognitiva e neuropsicológica. *Paidéia, 12*(23), 57-75.

Primi, R. (2003). Inteligência: Avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. *Avaliação Psicológica, 1*, 67-77.

Pz.harvard.edu. (c2015). Recuperado de http://www.pz.harvard.edu/

Renner, T., Morrissey, J., Mae, L., Feldman, R. S., & Majors, M. (2012). Pensamento, linguagem e inteligências. In T. Renner, J. Morrissey, L. Mae, R. S. Feldman, M. Majors (Eds.), *Psico*. Porto Alegre: AMGH. Série A.

Rueda, F., Noronha, A. P. P., Sisto, F. F., Santos, A. A. A., & Castro, N. R. (2013). *Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV®): Manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ruzgis, P. (1994). L. L. Thurstone (1887-1955). In R. J. Sternberg (Ed.), *Encyclopedia of human intelligence*. New York: Macmillan.

Salles, J., Zamo, R., Rodrigues, J., & Jou, G. (2010). Dificuldades de leitura e escrita: Revisão sobre os critérios de avaliação e identificação. In S. Guimarães, & M. Maluf (Eds.), *Aprendizagem da leitura e da escrita: Contribuições da pesquisa*. São Paulo: Vetor.

Schelini, P. (2006). Teoria das inteligências fluida e cristalizada: Início e evolução. *Estudos de Psicologia, 11*(3), 323-332.

Shultz, D., & Schultz, S. (1996). *História da psicologia moderna* (8. ed.). São Paulo: Cultrix.

Silveira, C., Parpinelli, M. A., Pacagnella, R. C., Camargo, R. S., Costa, M. L., Zanardi, D. M., ... Andreucci, C. B. (2013). Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. *Revista da Associação Médica Brasileira, 59*(3), 234-240.

Spearman, C. (1904). "General intelligence," objectively determined and measured. *American Journal of Psychology, 15*(2), 201-293.

Stanford, G., & Oakland, T. (2000). Cognitive deficits underlying learning disabilities. *School Psychology International, 21*(3), 306-321.

Sternberg, R. J. (2000). Wisdom as a form of giftedness. *Gifted child quarterly, 44*(4), 252-259.

Sternberg, R. J., Grigorenko, E. L., & Kidd, K. K. (2005). Intelligence, race and genetics. *American Psychologist, 60*(1), 46-59.

Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary. New York: Oxford University.

Tavares, M. (2003). Validade Clínica. *Psico-USF, 8*(2), 125- 136.

Thurstone, L. L. (1938). *Primary mental abilities*. Chicago: University of Chicago.

Trentini, C. M., Yates, D. B., & Heck, V. S. (2014). *Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI®)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Urbina, S. (2011). *S. Urbina: Depoimento* [2011].

Wainstein, E. (2011). *Um estudo sobre as formas de encaminhamento, descrição e esclarecimento do processo psicodiagnóstico para crianças e adolescentes* (Tese de doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Wechsler, D. (2002). *WISC-III: Escala de inteligência Wechsler para crianças* (3. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo. Originalmente publicado em 1949.

Wechsler, D. (2003). *WISC-IV: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual* (4. ed.) Ingo Günter! (Ed.), (2013). Adaptação e padronização de uma amostra brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wechsler, D. (2012). *Wechsler preschool and primary scale of intelligence (WPPSI™ – IV)* (4th ed.). [S.l.]: Pearson.

Wechsler, S. M. (2003). *DFH III: O desenho da figura humana: Avaliação do desenvolvimento*. Campinas: Impressão Digital.

Wechsler, S. M., & Schelini, P. W. (2006). Bateria de habilidades cognitivas Woodcock-Johnson III: Validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*(3), 287-296.

White, S. H. (2000). Conceptual foundations of IQ testing. *Psychology, Public Policy, and Law, 6*(1), 33-43.

Woodcock, R. W., McGrew, K. S., & Mather, N. (2001). *Woodcock-Johnson III tests of achievement*. Itasca: Riverside Publishing.

Zenderland, L. (1998). *Measuring minds: Henry Herbert Goddard and the origins of American intelligence testing*. Cambridge: Cambridge University.

23

PSICODIAGNÓSTICO E AS PATOLOGIAS DA PERSONALIDADE

Rafael Stella Wellausen
Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

DEFININDO E ENTENDENDO PERSONALIDADE

A personalidade pode ser entendida como o "jeito de ser" de cada um. Ela envolve mais do que simplesmente o comportamento observável, devendo incluir a identificação de um padrão característico e relativamente estável de pensar, sentir e se relacionar. A visão do mundo que cada um constrói ao longo da vida e que se constitui do temperamento (transmitido geneticamente) acrescido das experiências ambientais – tanto as positivas quanto as negativas – é pessoal e intransferível. Essa espécie de lente para enxergar o mundo, edificada ao longo dos primeiros anos do desenvolvimento, faz com que nos reconheçamos e sejamos reconhecidos por aqueles mais próximos de nós. Outra forma interessante, proposta por Benjamin (1996), de entender o que é a personalidade seria pensar em cada pessoa como uma canção, uma música diferente. A partir dos mesmos elementos constitutivos, as notas musicais (dó, ré, mi, fá, sol, lá, si), um número infindável de combinações e arranjos pode ser construído fazendo cada um ser diferente do outro (únicos em sua melodia, harmonia, etc.) ao mesmo tempo em que compartilham uma série de características em comum.

As patologias ou os transtornos da personalidade (TPs) não são como uma doença, no sentido médico, mas se referem a um padrão inter-relacionado de cognições (pensamentos conscientes e inconscientes), emoções (sentimentos prazerosos e desprazerosos), motivações (conscientes e inconscientes) e comportamentos (atos observáveis sobre a realidade) que apesar de parecerem oferecer um senso de segurança e controle, são desadaptativos e trazem prejuízo. Uma série de estudos empíricos sobre psicopatologia desenvolvimental (Cassidy & Shaver, 2010; Cicchetti & Cohen, 1995; Fonagy & Target, 2003) tem documentado, nas duas últimas décadas, o quanto experiências traumáticas precoces interferem na consolidação de estruturas cerebrais e, consequentemente, no desenvolvimento psicológico (p. ex., apego seguro), estando fortemente associadas aos TPs. No entanto, apesar das evidências de que patologias da personalidade existam em crianças e adolescentes (Bleiberg, 2004; Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2003), o diagnóstico propriamente dito de TP somente deve ser realizado a partir dos 18 anos de idade (American Psychological Association [APA], 2013).

Uma vez que as patologias da personalidade envolvem certo nível de comportamento contraproducente (costumam causar algum tipo de dano) seria correto afirmar que elas apresentam, em alguma medida, um componente masoquista (mesmo se prejudicando, a pessoa insiste na manutenção de modos patológicos de funcionamento). Da mesma forma, pode-se dizer que as estruturas da personalidade são constituídas no sentido de oferecer algum suporte para a autoestima, permitindo que a pessoa encontre um modo – ainda que patológico – de enfrentar os desafios impostos pela vida, fazendo, portanto, com que tais estruturas tenham também uma função

cisista (Alliance of Psychoanalytic Organizations [APO], 2006; McWilliams, 2006).

As etiologias dos TPs têm sido amplamente estudadas (Beck, Freeman, & Davis, 2005; Benjamin, 1996; Bateman & Fonagy, 2006; Kernberg, 1995a; Masterson, 1976; Paris, 2008) e sabe-se que uma vulnerabilidade ou uma disposição temperamental inata somada a experiências adversas – traumas, abusos, negligência, maus-tratos, mas também superproteção, entre outros – exercem um papel fundamental na sua constituição (incluindo a organização e o funcionamento cerebral, ver Panksepp & Biven, 2012, e também Schore, 2012). Não obstante, o que define clinicamente os problemas ou as patologias da personalidade é que algo psicológico (essencialmente não orgânico) e sistemático (recorrente e praticamente inflexível) a respeito do si mesmo leva a pessoa a repetidamente criar ou a se envolver em situações que trazem prejuízos ou são desadaptativas tendo em vista seu contexto sociocultural (Westen, Gabbard, & Blagov, 2006). Na maioria das vezes, o sujeito desconhece a razão ou os motivos (a motivação) que o levam a se comportar de determinado modo – processos dissociativos ocasionados pelos traumas precoces interferem no armazenamento e no uso das memórias (implícita e explícita), por exemplo – e, por isso, ignora formas de se comportar, pensar, sentir e se relacionar diferentes (Bleiberg, 2004).

Não é raro que os prejuízos a que esteja exposto nem sempre tragam sofrimento ao próprio indivíduo – os sintomas geralmente são egossintônicos e não é incomum se orgulhar de seus traços e características –, não sentindo necessidade de procurar espontaneamente auxílio profissional para mudar; no entanto, tais traços com frequência interferem negativamente na vida de outras pessoas (familiares, companheiros, colegas de trabalho, etc.). Exemplos são algumas personalidades obsessivo-compulsivas que se orgulham de seu pão-durismo e sovinice, e ignoram os sacrifícios a que expõem seus familiares ao privá-los de uma vida com mais qualidade e conforto; ou do narcisista inteligente e brilhante profissional que só pensa em sua carreira e que frequentemente menospreza ou desconsidera os colegas de trabalho quando não precisa deles. Comumente outras pessoas são as responsáveis por levar ou sugerir a esses indivíduos a avaliação psicológica (ou o tratamento), uma vez que no dia a dia seu convívio tende a estar consideravelmente prejudicado. Desse modo, quando finalmente chegam a ser vistos por um profissional da saúde mental, em geral é por exigência de terceiros (solicitação de parentes, escola, empregador, sistema de Justiça e Legal) e não necessariamente por vontade própria. Na maior parte das vezes, as razões pelas quais decidem procurar auxílio profissional estão relacionadas a estressores específicos, como "queixas" (sintomas) de ansiedade, depressão, somatizações e as mais variadas formas de adição (álcool, drogas, jogo, sexo, comida, etc. – anteriormente classificadas no Eixo I no DSM-IV), e não propriamente por seus problemas de personalidade (Butcher, 2002).

Embora a personalidade não seja simplesmente o resultado de fixações ou de paradas no desenvolvimento, é importante destacar que um caráter maturacional está indubitavelmente associado à dimensão da severidade da doença. Para se adquirir certo grau de maturidade psicológica e alcançar modos satisfatórios de se viver, é preciso que algumas capacidades vitais se desenvolvam (APO, 2006):

1. Capacidade de perceber a si mesmo e aos outros de modo complexo, estável e acurado (identidade);
2. Capacidade para manter relacionamentos estáveis, íntimos e satisfatórios (relações objetais);
3. Capacidade para experimentar em si mesmo e perceber nos outros uma gama de sentimentos esperados para aquela etapa (tolerância afetiva);
4. Capacidade para regular os afetos e os impulsos contemplando a adaptação e a satisfação, de forma flexível, usando defesas ou estratégias de enfrentamento (regulação afetiva);
5. Capacidade para funcionar de acordo com uma sensibilidade consistente e moralmente madura (integração do superego, conceito de si mesmo ideal e ego ideal);
6. Capacidade para apreciar, e não apenas se conformar a, uma noção convencional do que seja a realidade (teste de realidade);
7. Capacidade para responder ao estresse por meio de recursos e se recuperar de eventos dolorosos sem grandes dificuldades (força de ego e resiliência).

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA PERSONALIDADE

Um aspecto muito interessante com relação à avaliação e ao diagnóstico dos TPs é que com fre-

quência as pessoas com essas psicopatologias não costumam ser adequadamente diagnosticadas. Muitas delas passam anos ou décadas perambulando de um lado para outro em serviços de saúde mental, recebendo designações por vezes pejorativas como "pacientes difíceis", "intratáveis", "não colaborativos", etc. Ao menos em parte, essas denominações decorrem dos intensos sentimentos contratransferenciais (Gabbard & Wilkinson, 2000) despertados em profissionais da saúde que, apesar de bem-intencionados, não receberam o devido treinamento na identificação desses casos. Entretanto, o não reconhecimento por parte de psicólogos ou psiquiatras dos problemas de personalidade em seus pacientes ou o medo de estigmatizá-los com um diagnóstico de TP[1] ironicamente pode acarretar o resultado oposto, que é o de não permitir o acesso desses pacientes ao tratamento de que de fato necessitam.

Feito este preâmbulo, cabe uma pergunta: Qual psicólogo ou psiquiatra (e estudantes dessas áreas) que nunca ouviu, durante uma reunião social, a frase "tu não vai me analisar, né?" ou "garanto que tu já analisou todo mundo aqui"? Ainda que nem ética nem socialmente tais atitudes sejam adequadas, em certo sentido essas impressões que as pessoas leigas têm em relação ao que faz um psicólogo ou psiquiatra não deixam de estar corretas. Uma das principais tarefas do aluno em formação deveria ser conhecer os diferentes modelos teóricos de como a personalidade é, ou seja: a natureza humana e as diferenças individuais.[2] Ao menos, segundo Winter e Barenbaun (1999) e Buss (1999), esse tem sido o empenho dos psicólogos da personalidade nos últimos 100 anos.

Observar, analisar e diagnosticar – e isso é diferente de julgar[3] – são atividades para as quais deveríamos ser treinados em nossa formação profissional e muito tempo se leva até que se adquiram algumas ferramentas que permitam compreender de modo mais acurado o comportamento alheio. Conseguir identificar se uma pessoa costuma manipular, enganar, depender patologicamente, humilhar os outros, somatizar, se sentir superior aos demais, despertar a inveja alheia, ruminar pensamentos, agir impulsivamente, ser vingativo ou qualquer outro modo predominante de ser (funcionar), requer um grau de experiência clínica que ultrapassa uma simples questão de treinamento ou formação teórica. É fundamental também estar interessado na outra pessoa, no que ela tem a dizer, em seus sofrimentos, déficits e conflitos (ou na tentativa de encobri-los), mostrando-se atento, disponível, porém não ingênuo (Berry, Baer, Rinaldo, & Wetter, 2002).

A comunicação verbal (autorrelato) constitui-se na principal fonte para se obter informações em nível objetivo, racional, lógico e prático em um processo diagnóstico. Conseguir formular perguntas claras, ter em mente o que se está procurando conhecer, dar tempo ao examinando para pensar e responder às perguntas é essencial para que o processo avaliativo tenha êxito. Não obstante, dificilmente se chega ao diagnóstico de problemas de personalidade fazendo perguntas diretas às pessoas (Westen, 1997). Diferentemente das informações sobre os sintomas clínicos, como perda ou ganho de peso, qualidade do sono, ideação suicida ou ataque do pânico, que se obtêm fazendo perguntas diretas ao examinando, nas questões envolvendo as patologias da personalidade o cenário é outro. Devido a vários fatores internos e externos e aparentemente ilógicos e irracionais, como processos defensivos

[1] Para uma breve discussão sobre as desvantagens em relação à comunicação ao paciente sobre o diagnóstico de TP, remetemos ao artigo "É preciso diagnosticar patologias de personalidade?" (Wellausen & Trentini, 2015). Cabe assinalar que embarcar nas sucessivas ondas de modismos em relação aos diagnósticos psiquiátricos/psicológicos (TDAH, transtorno bipolar, transtorno de pânico, etc.) pode prejudicar tanto pacientes quanto profissionais. No caso das psicopatologias da personalidade, apesar de no momento não serem tão visadas pelas indústrias farmacêuticas, uma boa dose de precaução quanto à comunicação do diagnóstico pode ser importante, uma vez que pode ser utilizado indevidamente pelos pacientes para obtenção de ganhos e vantagens.

[2] Abordagem nomotética e ideográfica, quantitativa e qualitativa, analítica e estrutural, são outras denominações que descrevem esse processo na história da psicologia da personalidade (Winter & Barenbaun, 1999).

[3] Quando o processo de julgar estiver restrito a um viés moral ou moralista, estará diametralmente oposto ao que se deveria esperar de quem se propõe fazer ciência ou de um profissional da saúde mental. Isso, no entanto, não quer dizer que não possamos ter nossos preconceitos, preconcepções ou sentimentos contratransferenciais, mas que não devemos pautar nossa conduta profissional e técnica por eles. Deveria caber a esses profissionais tentar compreender as possíveis motivações que levam alguém a se comportar de determinado modo, bem como ter alguma consciência quanto aos próprios limites pessoais.

(p. ex., conscientes e inconscientes),[4] é muito difícil a qualquer pessoa descrever suas qualidades, mas principalmente as falhas e os defeitos de sua personalidade de forma honesta e transparente (Butcher, 2002; Endler & Parker, 2002). Se o leitor tem dúvida, experimente perguntar a uma pessoa o quanto ela se sente superior ou dependente dos outros, ou se ela costuma manipular as pessoas para obter o que quer. Mesmo da pessoa mais íntegra e bem-intencionada não se espera que consiga revelar completamente a verdade sobre esses aspectos de sua personalidade. Segundo Westen, Feit e Zittel (1999), é principalmente por meio das interações ao longo do tempo (e do que o paciente comunica consciente e inconscientemente sobre suas relações interpessoais, p. ex.) que o psicólogo irá formular algumas hipóteses sobre os modos característicos de pensar, sentir, se relacionar e se comportar de seu paciente. Nesse sentido, a escolha dos instrumentos psicológicos pode ajudar a catalisar esse processo, mas exige, para que se tenha maior confiabilidade na integração do conjunto das informações coletadas, uma consistente formação clínica e/ou supervisão de um clínico mais experiente.

Além do que já foi mencionado, é válido considerar o contexto em que tal procedimento é conduzido. As pessoas precisam querer ser avaliadas, pois somente com o seu consentimento é que se cria um ambiente propício à coleta de informações que irão consubstanciar uma boa avaliação psicodiagnóstica (Beutler, Harwood, & Holaway, 2002). Portanto, o estabelecimento de um bom *rapport*, mas, sobretudo, de uma adequada aliança de trabalho é condição *sine qua non* para que uma avaliação psicológica da personalidade ocorra.

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE E DOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

O psicólogo tem à disposição uma gama de procedimentos que pode utilizar para a avaliação de características da personalidade. Citamos aqui entrevistas (livres, semiestruturadas ou estruturadas), observação direta do comportamento, testes psicológicos e técnicas projetivas. São detalhados a seguir os procedimentos indicados para a avaliação da personalidade.

Entrevistas

O principal instrumento para a avaliação do funcionamento psicológico é a entrevista clínica (Tavares, 2007a). Para a avaliação da personalidade não é diferente. De acordo com Tavares (2007b), a entrevista pode ser classificada quanto ao seu aspecto formal: de livre estruturação, semiestruturada e estruturada. As entrevistas de livre estruturação não são necessariamente desestruturadas. Elas são caracterizadas pelo protagonismo do examinando durante a entrevista. Isso quer dizer que o avaliador tem um papel pouco diretivo no processo. O objetivo desse tipo de entrevista é identificar na narrativa espontânea e autodiretiva do examinando características de seu funcionamento e demandas proeminentes. O foco, portanto, está no conteúdo e na forma da narrativa do examinando. O principal exemplo desse tipo de entrevista é a psicanalítica, por meio da técnica de associação livre.

As entrevistas semiestruturadas, por sua vez, são caracterizadas pelo protagonismo compartilhado entre o entrevistador e o examinando. O entrevistador tem perguntas prévias para guiar o processo, contudo, não são estanques ou inflexíveis às demandas do examinando. Trata-se de um protagonismo compartilhado, pois, apesar de o entrevistador ter um papel mais diretivo na entrevista, ele permite que o examinando também atue ativamente no curso da entrevista. O foco dessa modalidade está na obtenção das informações desejadas pelo entrevistador. Trata-se de uma técnica para coleta de informações previamente estabelecidas pelo avaliador. Exemplos desse tipo de entrevista são as de anamnese, de história clínica, de exame de estado mental, entre outras entrevistas clínicas.

Por fim, a entrevista estruturada é caracterizada por um roteiro fixo de perguntas, cujas respostas devem ser codificadas e computadas posteriormente. O protagonismo desse tipo de entrevista é do examinador, que precisa ser treinado no sistema de aplicação e codificação desses tipos de entrevista e deve ser altamente diretivo no processo, buscando verificar qual o melhor escore ou código corresponde à resposta do examinando. O foco desse tipo de entrevista é codificar as respostas do examinando da melhor forma possível para se conseguir compará-las a amostras de normatização ou sistemas padronizados.

[4] Psicólogos cognitivistas (p. ex., Kihlstrom, 1999) preferem utilizar a expressão implícito, ou automático, em vez de inconsciente, acreditando que este termo traz conotações pouco claras ao conceito e o vincula excessivamente à psicanálise (id, ego e superego, teoria sexual infantil, repressão).

Um exemplo para esse tipo de entrevista é a Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997a). A Tabela 23.1 sumariza os tipos de entrevistas conforme sua classificação formal.

O profissional pode se valer dessas três formas de entrevista para conduzir uma investigação da personalidade. A entrevista de livre estruturação, mais utilizada por profissionais de abordagens psicodinâmicas, permite a identificação dos aspectos latentes e dinâmicos do funcionamento da personalidade. Entrevistas semiestruturadas, por sua vez, podem ajudar o avaliador a diferenciar traços da personalidade de sintomas de outras condições psicopatológicas. As entrevistas estruturadas, por fim, permitem ao examinador verificar o nível dos traços avaliados comparando os resultados de seu paciente com os resultados de amostras normativas.

Destacam-se aqui, entre as entrevistas estruturadas para avaliação de características, traços e funcionamento da personalidade, a Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis II (SCID-II) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997b), a Structured Interview of Personality Organization (STIPO) (Stern et al., 2010; Stern, Caligor, Roose, & Clarkin, 2004) e a Structured Interview for the Assessment of the Five-Factor Model (SIFFM) (Trull et al., 1998). Entre as citadas, sabe-se que a SCID-II (DSM-IV-TR) foi recentemente adaptada para o português brasileiro por Melo e Rangé (2010).

Observação do comportamento

O reconhecimento de traços e características da personalidade pode ser feito também por meio da observação direta do comportamento (Goldfried & Kent, 1972). O reconhecimento de um traço de extroversão, por exemplo, pode ser feito por meio da observação do comportamento do examinando no *setting* clínico ou em seu ambiente natural. No *setting* clínico, o examinador provavelmente notará facilidade do examinando em falar de si e de suas experiências emocionais, observará também certa expressividade emocional, assim como certa reatividade emocional aos estímulos da sessão clínica. No ambiente natural, o examinador poderá, ainda, observar frequentes aproximações do avaliando a outras pessoas, além de comportamentos gregários, chamando a atenção dos outros para si.

O método de observação do comportamento, seja em contexto clínico (ou laboratorial ou experimental), seja em ambiente naturalístico (ou de vida real ou de campo), pode ser empregado de forma sistemática ou assistemática (Ferreira & Mousquer, 2004). A observação assistemática é caracterizada pela falta de estruturação prévia. Ela tende a ser mais bem empregada em contextos naturalísticos e não tem qualquer tipo de *scripts priori*. O observador observa seu objeto de estudo sem intenções prévias sobre onde ou no que focar sua atenção. A finalidade desse modelo de observação é identificar o que o fenômeno observado apresenta por si mesmo, sem uma busca ativa por determinados aspectos predefinidos.

A observação sistemática, por sua vez, é caracterizada pelo controle e planejamento. Nessa modalidade, o observador estabelece de antemão o fenômeno a ser observado, assim como a sistematização de registro e codificação do que deve ser observado. Categorias prévias são estabelecidas como guias de orientação para o observador. Esse método pode ser empregado em ambos os contextos: naturalístico e laboratorial.

TABELA 23.1
Classificação dos tipos de entrevistas

	Livre estruturação	Semiestruturada	Estruturada
Descrição	Examinando apresenta suas demandas livremente	Examinador investiga aspectos específicos	Examinador verifica aspectos específicos e os codifica
Protagonismo	*Examinando*	*Compartilhado*	*Examinador*
Foco	Conteúdo e forma da narrativa	Informações e dados	Escore ou código
Finalidade	Identificar as demandas do sujeito	Identificar dados específicos	Comparar os resultados com amostras normativas

Esse tipo de observação pode ter como objetivos: 1) representar qualitativamente, por meio da descrição dos fenômenos observados, o modo como as categorias se apresentaram nas observações; e 2) quantificar e comparar os dados observados e codificados com outras variáveis e/ou casos. A Tabela 23.2 sintetiza os tipos de observação do comportamento.

Nota-se que métodos mistos ou intermediários entre os dois apresentados (assistemático e sistemático) podem ser encontrados na literatura e na prática clínica. Salienta-se que os métodos sistemáticos de observação do comportamento têm desenvolvido novos modelos de registro, codificação e análise de resultados. Destaca-se aqui o método Q-Sort de codificação da observação, cujo foco não está em mensurar o quanto uma pessoa possui de alguma característica – por exemplo, impulsividade, e depois compará-la com um grupo por essa variável –, mas em sua própria percepção/subjetividade, para, então, verificar se existem pessoas com um padrão semelhante de percepção ao do sujeito avaliado (para mais detalhes sobre essa metodologia, consulte Bigras & Dessen, 2002). O Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200) (Westen & Shedler, 1999a, 1999b) foi desenvolvido sobre esse paradigma e tem se mostrado um excelente instrumento de diagnóstico de TP e de descrição de traços da personalidade (Marin-Avellan, McGauley, Campbell, & Fonagy, 2005; Westen & Shedler, 2007).

O SWAP-200 é constituído por 200 itens que devem ser classificados em oito categorias de acordo com as impressões e observações do clínico. Ao final, os dados são computados em um sistema digital, oferecendo três grupos de informações: 1) escores para o diagnóstico nosológico de 11 TPs de acordo com os critérios do DSM-IV-TR – incluído o transtorno da personalidade depressiva – e mais um Índice de Saúde Psicológica; 2) escores para as 13 síndromes da personalidade de acordo com o método Q-Sort do SWAP-200; e 3) escores para os 12 traços de personalidade derivados do SWAP-200 (para mais informações leia Westen & Shedler, 1999a, 1999b). O SWAP-200 foi recentemente adaptado e validado para a cultura brasileira na tese de doutorado de Wellausen (2014).

Outro instrumento recentemente adaptado para o Brasil que também pode ser preenchido por meio da observação clínica é o Personality Organization Diagnostic Form (PODF) (Diguer et al., 2006; Diguer, Normandin, & Hébert, 2001). Trata-se de um formulário composto por 21 itens distribuídos em cinco dimensões: integração-difusão da identidade (com 6 itens bipolares pontuados em escala de 7 pontos: -3 "difusão" a +3 "integração"); defesas primitivas (com 5 itens pontuados em uma escala de 4 pontos de frequência: 0 "ausência de ocorrência" a 3 "frequente ocorrência"); defesas maduras (com 5 itens com igual escala de frequência de 4 pontos); teste de realidade (com 4 itens com igual escala de frequência de 4 pontos); e relações de objeto (com um item pontuado em uma escala de 5 pontos, sendo cada ponto representante de um tipo de relação objetal). Esse instrumento se propõe ao diagnóstico da organização da personalidade segundo o modelo de Kernberg (1995a). Ele foi adaptado para o português brasileiro (Oliveira & Bandeira, 2013) e está sendo validado na tese de doutorado do segundo autor deste capítulo.

TABELA 23.2
Classificação dos tipos de observação

	Assistemática	Sistemática
Descrição	Observador vai a campo sem expectativas prévias e sem roteiros	Observador planifica a forma de observação e o seu sistema de registro e codificação
Local	Naturalístico	Naturalístico e laboratorial
Foco	No fenômeno (sem critérios preestabelecidos)	Na manifestação dos critérios preestabelecidos
Finalidade	Identificar o que o fenômeno observado apresenta por si próprio	Representar qualitativamente ou quantitativamente o fenômeno observado

Testes psicológicos

Os testes psicológicos são outra ferramenta disponível para o psicólogo avaliar diversas características e traços de personalidade. Uma busca realizada no início do ano de 2015 no Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (Satepsi) indicou que estão disponíveis 16 testes psicológicos para avaliação de características de personalidade no psicodiagnóstico. Nota-se que não foram computadas as técnicas projetivas, que são discutidas no próximo tópico, nem os testes que não estão disponíveis para comércio e nem aqueles que não têm relação com personalidade ou que não são aplicados ao contexto clínico. A Tabela 23.3 sintetiza as informações dos testes de personalidade disponíveis no Satepsi.

Existem diferentes testes disponíveis para a avaliação de traços e características de personalidade baseados em diferentes modelos e teorias, e destinados a diferentes públicos (crianças, adolescentes e adultos). Alguns avaliam traços gerais da personalidade e outros aspectos específicos. Os instrumentos baseados no modelo dos cinco grandes fatores da personalidade ([NEO-PI-R; NEO-FFI]; Flores-Mendonza, 2008; [EFN]; Hutz & Nunes, 2001; [BFP]; Nunes, Hutz, & Nunes, 2010; [EFEx; EFS]; Nunes & Hutz, 2007, 2007b;) mensuram os principais traços da personalidade e seus componentes específicos: neuroticismo, extroversão, sociabilidade, realização e abertura.

O Inventário Fatorial de Personalidade (IFP-II) (Leme et al., 2013) é baseado na teoria das motivações de Murray e oferece uma estimativa de 13 necessidades psicológicas básicas: assistência, intracepção, afago, autonomia, deferência, afiliação, dominância, desempenho, exibição, agressão, ordem, persistência e mudança. O IFP-II também oferece informações sobre três outros fatores de ordem superior: necessidades afetivas, necessidades de organização e necessidades de controle e oposição.

A Escala de Personalidade de Comrey (CPS) (Costa, 2009) é um teste baseado na teoria dos traços e fatores. Por meio desse teste, o psicólogo tem uma estimativa de oito traços da personalidade: confiança vs. atitude defensiva, ordem vs. falta de compulsão, conformidade social vs. rebeldia, atividade vs. falta de energia, estabilidade vs. instabilidade emocional, extroversão vs. introversão, masculinidade vs. feminilidade e empatia (altruísmo) vs. egocentrismo. A CPS oferece também duas medidas de validade das respostas do examinando: Escala de Validade e Escala de Tendenciosidade nas Respostas.

O QUATI (Zacharias, 2003) é um instrumento baseado na teoria tipológica de Jung. Por meio dele, é possível identificar o perfil do examinando, em uma gama de 16 perfis resultantes das combinações das dimensões avaliadas: atitude (introversão vs. extroversão), funções perceptivas (sensação vs. intuição) e funções avaliativas (pensamento vs. sentimento). Esse instrumento é de base mais qualitativa e não tem dados de normatização.

Os clínicos também encontram disponíveis alguns instrumentos que se propõem a mensurar características mal-adaptativas da personalidade, como impulsividade ([EsAvI-A; EsAvI-B]; Rueda & Ávila-Batista, 2013), vivência e expressão de raiva ([STAXI-II]; Spielberger, 2010), tendência à agressividade ([EATA]; Sisto, 2010) e grau de sintomas de psicopatia ([PCL-R]; Morana, 2004).

Para a avaliação de traços da personalidade em crianças e adolescentes, encontram-se disponíveis a Escala de Traços de Personalidade para Crianças (ETPC) (Sisto, 2004) e o Questionário de Personalidade para Crianças e Adolescentes (EPQ-J) (Eysenck & Eysenck, 2013), ambos construídos no modelo dos três fatores de personalidade de Eysenck. Para a avaliação de características específicas de personalidade de crianças e adolescentes, estão disponíveis instrumentos para a avaliação do autoconceito ([EAC-IJ]; Sisto & Marinelli, 2004) e do autocontrole ([EFAC-EMAC]; Marinelli & Sisto, 2006).

Outros testes psicológicos estão sendo adaptados e desenvolvidos no Brasil para a avaliação da personalidade normal e patológica. Contudo, não se sabe ao certo quais serão comercializados e, portanto, submetidos ao Satepsi para avaliação e uso profissional. Destacam-se aqui o Inventário de Organização da Personalidade – Brasil ([IPO-Br]; Oliveira & Bandeira, 2011) e o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade ([IDCP]; Carvalho, Primi, & Stone, 2014).

Técnicas projetivas e expressivas

De acordo com Bunchaft (1995, p. 22), as técnicas projetivas podem ser caracterizadas "... pela apresentação ao sujeito de um material estímulo ambíguo" e "... implicam uma liberdade de pensamento e ação, objetivando abolir os critérios externos quanto ao valor das respostas evocadas. Os critérios de valor, de desempenho e de utilização do tempo são definidos pelo próprio examinando". São técnicas que têm em comum o fato de terem uma "... natureza relativamente não estruturada

TABELA 23.3
Relação de testes de personalidade aprovados pelo Satepsi

Nome	Sigla	Editora	Teoria subjacente	Autores/Ano
Bateria Fatorial de Personalidade	BFP	Casa do Psicólogo	Cinco Grandes Fatores	Nunes e colaboradores (2010)
Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo	EFN	Casa do Psicólogo	Cinco Grandes Fatores	Hutz e Nunes (2001)
Escala Fatorial de Extroversão	EFEx	Casa do Psicólogo	Cinco Grandes Fatores	Nunes e Hutz (2007a)
Escala Fatorial de Socialização	EFS	Casa do Psicólogo	Cinco Grandes Fatores	Hutz e Nunes (2007b)
Inventário de Personalidade NEO	NEO PI-R e NEO-FFI	Vetor	Cinco Grandes Fatores	Flores-Mendonza (2008)
Escala de Personalidade de Comrey	CPS	Vetor	Traços e Fatores	Costa (2009)
Questionário de Personalidade para Crianças e Adolescentes	EPQ-J	Vetor	Teoria dos Três Fatores de Eysenck	Eysenck e Eysenck (2013)
Escala de Traços de Personalidade para Crianças	ETPC	Vetor	Teoria dos Três Fatores de Eysenck	Sisto (2004)
Inventário Fatorial de Personalidade	IFP-II	Casa do psicólogo	Teoria das Motivações de Murray	Leme, Rabelo e Alves (2013)
Questionário Tipológico	QUATI	Vetor	Carl Jung	Zacharias (2003)
Escala de Autoconceito Infantojuvenil	EAC-IJ	Vetor	Diversos autores	Sisto e Marinelli (2004)
Escala Feminina de Autocontrole e Escala Masculina de Autocontrole	EFAC & EMAC	Vetor	Diversos autores	Martinelli e Sisto (2006)
Escala de Avaliação da Impulsividade – Formas A e B	EsAvI-A e AsAvI-B	Vetor	Diversos autores	Rueda e Ávila-Batista (2013)
Escala para Avaliação de Tendência à Agressividade	EATA	Casa do Psicólogo	Diversos autores	Sisto (2010)
Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço	STAXI e STAXI-II	Vetor	Diversos autores	Spielberger (2010)
Escala Hare de Psicopatia	PCL-R	Casa do Psicólogo	Diversos autores	Morana (2004)

ambígua e amorfa" (Pinto, 2014, p. 136). Nesse método de coleta de informações, pressupõe-se que o sujeito, ao realizar determinada tarefa, externaliza conteúdos latentes de sua personalidade.

As técnicas expressivas, por sua vez, ". . . podem ser definidas como aquelas que investigam características de personalidade através dos padrões dos movimentos e ritmos corporais" (Pinto, 2014, p. 147). Diferentemente das técnicas projetivas, aqui não se espera que o sujeito projete no material ambíguo conteúdos latentes de sua personalidade, pois a análise da personalidade ocorrerá pelas características do movimento e da expressão corporal (Alves & Esteves, 2004).

Trata-se de diferentes sistemas de coleta de dados quando comparados ao modelo psicométrico (testes psicológicos apresentados na seção anterior). A literatura da área apresenta vantagens e desvantagens/alcances e limites desses recursos avaliativos (Primi, 2010; Villemor-Amaral & Pasqualini-Casado, 2006). Para um adequado uso dessas ferramentas, portanto, é importante que o avaliador faça um treinamento específico para cada técnica e que tenha conhecimento de seus prós e contras para um adequado julgamento e entendimento dos dados.

Uma busca no Satepsi indicou que, no início de 2015, estavam disponíveis 11 técnicas projetivas para avaliação da personalidade. Uma 12ª técnica está aprovada pelo Satepsi, o Teste de Conto de Fadas (FTT), contudo, não está disponível para comercialização. Foram encontradas duas técnicas expressivas aprovadas pelo Satepsi. A Tabela 23.4 apresenta um resumo das técnicas disponíveis.

Os métodos projetivos e expressivos disponíveis no mercado permitem uma avaliação do funcionamento e da dinâmica da personalidade

TABELA 23.4
Relação das técnicas projetivas e expressivas de personalidade aprovadas pelo Satepsi

Testes projetivos				
Nome	**Sigla**	**Tarefa**	**Editora**	**Autores/Ano**
Teste de Fotos de Profissão	BBT-Br	Preferência/Verbal	Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia	Jacquimin (2000), Jacquimin, Okino, Noce, Assoni e Pasian (2006)
Pirâmides Coloridas de Pfister	TPC	Preferência/Verbal	Casa do Psicólogo	Villemor-Amaral (2012, 2014)
Teste de Apercepção Infantil – Figuras Animais	CAT-A	Perceptivo/Verbal	Vetor	Bellak e Abrams (2010a, 2010b)
Teste de Apercepção Temática	TAT	Perceptivo/Verbal	Casa do Psicólogo	Murray (2005)
Técnica de Apercepção para Idosos	SAT	Perceptivo/Verbal	Vetor	Bellak e Abrams (2014)
Rorschach – Escola Francesa	-	Perceptivo/Verbal	Casa do Psicólogo	Pasian (2010)
Rorschach – Cicero E. Vaz	-	Perceptivo/Verbal	Casa do Psicólogo	Vaz (2006)
Rorschach – Sistema Compreensivo	RSC	Perceptivo/Verbal	Casa do Psicólogo	Exner (1999), Exner e Sedin (1999), Nascimento (2010)
Zulliger – Cicero Vaz	Z-Teste	Perceptivo/Verbal	Casa do Psicólogo	Vaz (2002)
Zulliger – Sistema Compreensivo	ZSC	Perceptivo/Verbal	Casa do Psicólogo	Villemor-Amaral e Primi (2009)
Casa-Árvore-Pessoa	HTP	Gráfico/Verbal	Vetor	Buck (2003)
Testes expressivos				
Psicodiagnóstico Miocinético	PMK	Gráfico	Vetor	Mira (2014)
Palográfico	PLG	Gráfico	Vetor	Alves e Esteves (2004)

em diferentes níveis. Eles podem ser classificados quanto ao tipo de tarefa a ser desempenhada pelo examinando. As técnicas de preferência consistem em o sujeito selecionar os estímulos e organizá-los da forma que mais o agrada; são exemplos o Teste Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC) e o Teste de Fotos de Profissão (BBT-Br). No TPC (Villemor-Amaral, 2012, 2014), o sujeito deve selecionar as cores de sua preferência e organizá-las em uma estrutura de pirâmide. O modo de colocação, a forma de execução, o aspecto formal das pirâmides e a quantidade de cores utilizadas, entre outras variáveis, são codificadas e quantificadas de modo a oferecer um entendimento da dinâmica emocional do examinando.

No BBT-Br (Jacquimin, 2000; Jacquimin et al., 2006), por sua vez, o sujeito deve classificar um conjunto de 96 fotos de atividades ocupacionais em três grupos: as que gosta, aquelas a que é indiferente e as que não gosta. Em seguida, deve agrupar as fotos de que mais gostou de acordo com o que têm em comum e narrar suas impressões e preferências para cada grupo formado e suas respectivas fotos. Por fim, é convidado a contar uma história que integre as cinco fotos eleitas como preferidas do teste. Ao fim, os dados são analisados qualitativa e quantitativamente. Trata-se de uma técnica amplamente utilizada no contexto de orientação vocacional, contudo, seus resultados podem ser utilizados também em contexto clínico.

As tarefas que envolvem a função perceptiva podem ser categorizadas em dois grupos: as temáticas e as de identificação. As perceptivo-temáticas consistem na apresentação de cartões com imagens (semiestruturadas) ao sujeito, precedida por uma instrução de contação de história. Fazem parte desse grupo o Teste de Apercepção Temática (TAT) (Murray, 2005), o Teste de Apercepção Infantil – Figuras Animais (CAT-A) (Bellak & Abrams, 2010a, 2010b) e a Técnica de Apercepção para Idosos (SAT) (Bellak & Abrams, 2014). O sujeito deve integrar a percepção que tem do estímulo (no caso, o cartão com a gravura) com a eleição de uma temática para contar uma história. Essas técnicas possibilitam a avaliação de aspectos inconscientes e conscientes do funcionamento da personalidade.

As técnicas perceptivas de identificação, por sua vez, consistem na apresentação de cartões com borrões de tintas, precedida pela instrução de que o indivíduo diga com o que a mancha se parece. Nessa tarefa, o sujeito deve olhar um estímulo ambíguo e identificar um ou mais elementos que se ajustam ao seu percepto. Os métodos de Rorschach e de Zulliger são os representantes desse tipo de tarefa. Estão aprovados pelo Satepsi três sistemas distintos de aplicação, codificação e interpretação do Rorschach: o sistema Compreensivo (Exner, 1999; Exner & Sedín, 1999; Nascimento, 2010), o sistema da Escola Francesa (Pasian, 2010) e o sistema de Klopfer (Vaz, 2006). O Rorschach é constituído por 10 pranchas com borrões de tinta, sendo cinco acromáticas (preto, branco e cinza) e cinco coloridas, sendo duas em preto e vermelho e três em cores pastel. A técnica de Zulliger, por sua vez, tem dois sistemas aprovados pelo Satepsi: o sistema Compreensivo (Villemor-Amaral & Primi, 2009) e o sistema de Cícero Vaz (Vaz, 2002). O Zulliger é constituído por três cartões com manchas de tinta, sendo um em cor acromática, um em preto e vermelho e outro colorido. Os resultados obtidos por meio dessas técnicas possibilitam um entendimento do funcionamento cognitivo, emocional, intra e interpessoal, e aspectos sadios e patológicos do funcionamento da personalidade.

A técnica projetiva gráfica, por fim, consiste na apresentação de um papel em branco, lápis e borracha, precedida pela instrução de desenhar uma casa, uma árvore e uma pessoa. Na aplicação do Casa-Árvore-Pessoa (HTP) (Buck, 2003), presume-se que, ao fazer os desenhos solicitados, o sujeito projetará seus conteúdos psicológicos nos traçados e no conteúdo dos desenhos. Essa técnica permite verificar aspectos do funcionamento emocional e cognitivo do examinando.

Todas essas técnicas projetivas têm em comum o componente verbal da tarefa. As técnicas perceptivo-temáticas (CAT-A, TAT e SAT) são as que dão maior importância ao comportamento verbal, seguidas pelas técnicas perceptivas de identificação Rorschach e Zulliguer. A técnica gráfica do HTP, por meio do inquérito acerca dos desenhos feitos, e a técnica de preferência do BBT-Br, por meio das histórias e razões de escolha, demandam um comportamento verbal que auxilia no resultado da avaliação. O inquérito do TPC, por sua vez, parece ser o que menos interfere no resultado da avaliação, apesar de ser uma importante fonte de informações.

Ambas as técnicas expressivas de avaliação da personalidade aprovadas pelo Satepsi são do tipo gráficas e não verbais. O Palográfico (PLG) (Alves & Esteves, 2004) consiste, de modo geral, na apresentação de uma folha estímulo com quatro riscos (palos) modelos, precedida pela instrução de fazer traços, como os do modelo, o mais

rápido e o mais bem feito possível. O exame das características da personalidade é feito com base em quantidade, velocidade, forma e qualidade dos traçados. Os resultados informam acerca do estilo de produtividade, da inclinação e modo de interação social, do estilo de vivência, da emotividade, da impulsividade e outras variáveis da personalidade. O Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) (Mira, 2014), por fim, consiste basicamente na apresentação de seis folhas (uma a uma) com diferentes estímulos gráficos (linhas, círculos, escadas, etc.), sendo o examinando instruído a fazer uma série de movimentos com um lápis (ou dois simultaneamente em alguns casos) iniciando com controle visual e, posteriormente, sem controle visual. Os resultados geram informações sobre seis fatores da personalidade: tônus vital, agressividade, reação vivencial, emotividade, dimensão tensional e predomínio tensional.

ORGANIZANDO A BATERIA DE AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE

O psicólogo tem a liberdade de planejar a estratégia de coleta de informações no processo de avalição da personalidade. Wechsler (2001) sugere cinco aspectos a serem considerados para a montagem de uma bateria de testes para a avaliação psicológica. A seguir, são apresentadas a descrição e a atualização desses cinco aspectos, os quais podem ser aplicados à seleção de instrumentos para a avaliação da personalidade:

1) Atributos a serem avaliados. A primeira pergunta que o psicólogo deve responder para si mesmo é: "Quais aspectos da personalidade eu preciso avaliar?". O primeiro passo é estabelecer os atributos a serem avaliados, isto é, identificar os construtos que precisam ser investigados. Para responder a essa pergunta, o profissional deve considerar a demanda/queixa(s) do paciente e as variáveis teoricamente correlatas a essa(s) queixa(s). Por exemplo, se um paciente apresenta queixa de baixa autoestima e de problemas de relacionamentos, então, o psicólogo poderia avaliar os construtos de identidade e socialização.

2) Qualidades psicométricas dos instrumentos. O segundo passo seria escolher os instrumentos disponíveis para a avaliação desses construtos. Para tanto, espera-se que o teste ou técnica apresente adequadas propriedades psicométricas para se garantir a interpretação dos resultados. Nota-se que o Satepsi apresenta uma lista de testes autorizados para o uso profissional, isto é, aqueles que atenderam minimamente aos indicadores de validade e fidedignidade.[5] Todavia, ainda é importante que o profissional verifique as propriedades psicométricas do teste que pretende utilizar, de modo a selecionar aquele com melhores indicadores psicométricos, garantindo-se assim a qualidade da avaliação realizada.

3) Características do examinando. A seleção do teste ou técnica deve considerar também as características pessoais do examinando, como sua idade, escolaridade, nacionalidade, condições físicas, etc. O instrumento a ser utilizado deve ser apropriado à idade e à fase de desenvolvimento do examinando. Os aspectos cognitivos e emocionais referentes ao desenvolvimento humano devem ser considerados *a priori* no planejamento da estratégia de coleta de dados. Murray (2005) não recomenda, por exemplo, a aplicação da prancha 13 (versão adulta) do TAT em pessoas menores de 18 anos de idade, devido ao seu conteúdo sexual. Os testes psicológicos devem apresentar normas de referência adequadas à faixa etária do examinando. A escolaridade também é importante para se garantir que os itens de instrumentos de autorrelato sejam devidamente compreendidos. É importante saber nacionalidade, cultura e língua materna do examinando, pois elementos culturais podem interferir negativamente no processo avaliativo. Segundo a APA (2013), os problemas da avaliação psicológica de imigrantes consistem, de modo geral, em falta de traduções padronizadas de instrumentos, falta de padrões normativos apropriados e falha na compreensão da cultura e hábitos do país de origem (levando a erros diagnósticos). As condições físicas do examinando também precisam ser consideradas, de modo a se selecionar as técnicas mais adequadas. Por exemplo, não é indicada a aplicação do TPC, do Rorschach e do Zulliger em pessoas com daltonismo, nem mesmo técnicas gráficas (HTP, PLG e PMK) em indivíduos com problemas motores nos membros superiores.

4) Informações técnicas. Wechsler (2001) sugere que o psicólogo verifique se os manuais contêm as informações técnicas necessárias para a aplicação, correção e interpretação do teste. Após a regulamentação do uso dos testes psicológicos

[5] Disponível em: http://satepsi.cfp.org.br.

(Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2003) e da criação do Satepsi, essa recomendação parece não ser mais necessária, uma vez que os testes aprovados pelo Satepsi devem apresentar essas informações. Contudo, sugere-se aqui uma atualização ou releitura dessa recomendação para os tempos atuais. É importante que tanto o material quanto o profissional tenham informações técnicas suficientes para a adequada utilização dos instrumentos e procedimentos avaliativos. Dessa forma, o psicólogo deve selecionar somente aqueles instrumentos para cujo manuseio tenha habilidade e conhecimento teórico-prático.

5) Orientação ou supervisão. A última recomendação de Wechsler (2001) é que o profissional procure ajuda de um colega mais experiente caso encontre dificuldade nos passos anteriores. Essa recomendação é bastante válida e atual. A busca por supervisão e orientação na montagem da estratégia de coleta de dados é bastante útil, principalmente para os profissionais iniciantes.

A seleção do tipo de técnica (entrevista, observação do comportamento, testes e técnicas psicológicas) a ser empregada na avaliação da personalidade deve considerar os cinco pontos anteriormente descritos de forma integrada e dinâmica. Além disso, aspectos práticos, como a quantidade de tempo (número de sessões, tempo da sessão e tempo para o levantamento), o material disponível (testes e outros materiais) e o ônus (valor do material e recursos financeiros disponíveis), também devem ser considerados. Acredita-se que esses elementos, juntos, tendam a auxiliar o profissional a planejar a melhor estratégia de coleta de dados.

AS PERSONALIDADES PATOLÓGICAS

Uma das primeiras considerações em relação às psicopatologias é que a fronteira entre os traços normais da personalidade e os TPs não estão totalmente esclarecidas (Dolan-Sewell, Krueger, & Shea, 2001; Widiger & Coker, 2002). Um traço ou característica da personalidade pode ser extremamente adaptativo e útil, como é o caso da autodeterminação; todavia, quando inflexível e muito intenso, esse traço pode se converter em obstinação ou em uma característica altamente desadaptativa, como a intransigência. Portanto, entre um estilo de personalidade (normalidade) peculiar de uma pessoa e um TP (psicopatologia), parece haver, na maior parte dos casos, mais uma questão de quantidade do que de qualidade (a tal ponto, é claro, que essa quantidade seja tamanha que possa se transformar em algo qualitativamente diferente).

Nesse sentido, apesar da tendência em alocar uma pessoa em um determinado ponto diagnóstico (categoria) de gravidade, muitos indivíduos têm elementos em sua personalidade que podem ser considerados saudáveis, neuróticos ou *borderline* (APO, 2006). Assim, os problemas de personalidade são mais bem compreendidos quando considerados em um *continuum*. Enfoques contemporâneos têm deixado para traz abordagens categoriais (presente/ausente) em relação aos critérios para os TPs e adotado abordagens dimensionais, nas quais as patologias são avaliadas em termos de gravidade (leves, moderadas e graves) e de compartilhamento de alguns traços e características. Questões envolvendo flexibilidade *versus* rigidez na capacidade de enfrentar os problemas e desafios da vida, bem como uma longa história de experiências no sentido de causar prejuízos a si mesmo e/ou aos outros são frequentes nas patologias da personalidade (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2008). A busca de soluções adaptativas para os conflitos internos e externos é sinal de maturidade emocional e cognitiva e dificilmente está presente nos TPs. Segundo a neurociência afetiva proposta por Panksepp e Biven (2012), quanto mais grave a psicopatologia, mais a psicoterapia terá como função promover uma ampliação do controle cognitivo sobre a regulação das expressões emocionais.

Diferentes modelos etiopatológicos psicodinâmicos foram propostos para se entender as patologias da personalidade. Um dos mais conhecidos é o de Kernberg (1991, 1995a, 1995b, 2006), que sugere que a marca da psicopatologia da personalidade esteja diretamente associada à agressão.[6] A gravidade da psicopatologia ocorreria ao longo de um *continuum* de agressão, estando os psicopatas/antissociais (cujo narcisismo maligno é preponderante) no extremo da doença – isso porque seu comportamento é motivado pelo prazer na agressão e/ou pela espoliação alheia sem consideração pelas consequências, bem como por uma completa falta de empatia – até os neuróticos/normais no polo oposto – que tendem a experimentar sentimentos de culpa intensos por pensamentos, sentimentos e fantasias "destrutivas" em relação às demais pessoas.

[6] O nível de contato com a realidade, a qualidade dos mecanismos defensivos e a integração da identidade também são critérios fundamentais (Kernberg, 1995a).

Outros clínicos (Kohut, 1988a, 1988b) desenvolveram modelos teórico-práticos nos quais o narcisismo é o que define as patologias da personalidade. Nesse caso, em razão de falhas em processos bastante precoces na interação entre o *self* e os objetos (*selfobjetos*), o ser humano estaria como que congelado em seu desenvolvimento psicológico, tentando compensar essas falhas passadas mediante relacionamentos atuais com as pessoas, como se fossem extensões suas que teriam a função de oferecer suporte e admiração incondicionais a fim de regular a autoestima e o próprio senso de identidade (Levy, 2011). É válido mencionar que o narcisismo tanto pode ser saudável e maduro – como aquele presente em uma adequada autoestima, na vaidade apropriada, na autopreservação e no cuidado com os entes amados, etc. – quanto aquelas formas primitivas e patológicas verificadas nos mais variados níveis de desrespeito e falta de consideração e empatia pelas necessidades alheias (Mollon, 1994; Wolf, 1988).

Blatt (2010) sugere ainda uma terceira via para se entender os problemas de personalidade. Para esse clínico e pesquisador, as patologias da personalidade poderiam ser agrupadas em dois grandes conjuntos, sendo um deles para aqueles casos em que a pessoa se esforça para se autodefinir e buscar uma identidade (*self-definition*), em contraste com aqueles que estão sempre requisitando e dependendo da confirmação alheia para saberem quem são (*relatedness*).

A seguir serão descritas algumas manifestações cognitivo-emocionais, comportamentais e relacionais que caracterizam os diversos TPs conforme podem ser compreendidos a partir destes e de diferentes modelos teórico-práticos. Não havendo consenso na literatura quanto a essas psicopatologias se deverem a déficits (traumas nas relações de objeto precoce, vulnerabilidades genéticas, etc.) ou a conflitos (quanto à utilização madura e sublimada da sexualidade e da agressão, etc.), tentou-se transpor essa questão,[7] descrevendo o que se costuma observar no atendimento a essas pessoas. O núcleo do que será apresentado segue essencialmente uma orientação psicodinâmica – tanto de autores clássicos quanto atuais – e, quando útil do ponto de vista clínico, outros modelos teóricos sobre a personalidade foram absorvidos, havendo a tentativa de elaborar, dentro do possível, uma abordagem mais integradora.

Não serão descritos os critérios diagnósticos da quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (DSM-5) (APA, 2014) para os TPs, mas o que a literatura clínica e de pesquisa tem informado de relevante. Não se teve a pretensão de incluir todos os tipos de pacientes ou de esgotar as suas mais variadas apresentações clínicas. São oferecidos exemplos de como, no dia a dia, em contextos clínicos e no "mundo real", podemos encontrar essas pessoas, e tais descrições estarão focalizadas em suas manifestações patológicas centrais (cada transtorno foi caracterizado por meio de uma expressão que identifica sinteticamente o modo como habitualmente se colocam no mundo), e não nos aspectos adaptativos de seu funcionamento. Questões relativas à indicação e ao tratamento também não serão abordadas, mas estão disponíveis em Akhtar (1992); Bateman e Fonagy (2005); Beck e colaboradores (2005); Benjamin (1996); Blatt (2010); Bursten (1973); Meloy (1992); Clarkin, Fonagy e Gabbard (2010); Kernberg (1991, 1995a, 1995b, 2004); Ryle e Kerr (2006); Ronningstan (2000); Young (2003); Linehan (2010); O'Donohue, Fowler e Lilienfeld (2010), entre outros.

Outra informação relevante é que as descrições a seguir não são nem categoriais (como era o modelo adotado pelo DSM até a quarta edição revisada), nem completamente compatíveis com os modelos dimensionais. Elas também não serão exclusivamente prototípicas, porém, ao mesmo tempo, pretendem reunir propriedades de cada um desses modelos. Para que uma patologia da personalidade ou um TP seja diagnosticado, é necessário que certo critério/traço/característica esteja presente (não/sim), e, em caso positivo, determinar o grau (dimensão) em que aparece (leve, moderado ou grave) e, por fim, o quanto tais descrições se aproximam fielmente de um protótipo do transtorno em questão.

Como ficará evidente a seguir, entre os *clusters* em que estão agrupados os diferentes TPs (conforme as várias versões do DSM), o *cluster* B foi aquele que historicamente recebeu mais atenção de clínicos e pesquisadores nos últimos 60

[7] Essa é uma controvérsia que perdura até hoje e que provavelmente começa em 1897, quando Freud abandona a hipótese da teoria da sedução infantil (*nurture*, mundo externo, ambiente, trauma, pais reais, etc.) e adota a teoria da sexualidade infantil (*nature*, desejos infantis, mundo interno, fantasias inconscientes, universalidade do complexo de Édipo, etc.). Tal mudança paradigmática influenciou o surgimento das teorias das relações de objeto que buscaram, nas décadas seguintes, enfatizar novamente a importância da realidade objetiva, do ambiente (*nurture*) – Winnicott e Kohut estão entre os seus principais representantes. Ver Mitchell e Black (1995) para mais detalhes.

anos (Clarkin et al., 2010). Uma das explicações para que isso tenha ocorrido está relacionada à hipótese de que haja maior prevalência desses casos (*borderlines*, 1,1 a 4,6%; antissociais, 1,5 a 3,2%; narcisistas, 0,0 a 0,4%; e histriônico, 1,3 a 3%). Entretanto, outra possível explicação para esse fenômeno é que os pacientes reunidos nesse agrupamento têm como característica central serem mais ruidosos em suas manifestações sintomáticas (consideráveis perturbações nas relações interpessoais, atuações graves, distorções significativas em sua identidade, entre outros), sendo seus dramas mais facilmente percebidos em comparação com os *clusters* A e C.

Finalmente, é preciso fazer um esclarecimento importante. Uma parte das descrições a seguir pode estar presente na personalidade normal. Isso significa que o que define uma pessoa como tendo uma patologia ou TP é basicamente a inflexibilidade (rigidez) e a intensidade (gravidade) dessas características. As pessoas ditas normais, em determinadas circunstâncias de tensão ou estresse severo, podem utilizar mecanismos de defesa inconscientes, como, por exemplo, a identificação projetiva, ou se afastar momentaneamente do contato com a realidade, em uma tentativa (consciente ou inconsciente) de melhor regular as emoções/afetos que as levam a *temporariamente funcionar* (se comportar, agir, sentir e pensar) de forma paranoide, obsessiva, dependente, narcisista, etc. Porém, tão logo a situação externa se altere, é provável que voltem a agir, a pensar, a se relacionar e a sentir daquela forma corriqueira como costumam ser conhecidas pelas pessoas mais próximas, restaurando um nível de funcionamento – psicológico e neurobiológico – adaptado à realidade. Portanto, para um apropriado e confiável diagnóstico de TP, é preciso que um *padrão de funcionamento duradouro* e *desadaptativo* esteja presente.

Transtorno da personalidade *borderline*: "não me interessa o que vai acontecer"

Clinicamente, pessoas com transtorno da personalidade *borderline* (TPB) apresentam como característica central problemas na consolidação da identidade (padecem de uma difusão de identidade) (Kernberg, 1995a; Willkinson-Ryan & Westen, 2000). Por diversas razões – tanto genéticas quanto ambientais, envolvendo, por exemplo, traumas cumulativos, maus-tratos, abusos, negligências – não adquiriram ao longo de seu desenvolvimento e maturação cognitivo-emocional uma clara e sólida consciência de quem são (pessoal, sexual, afetiva e profissionalmente, entre outros). A ausência de um conceito integrado de si mesmo (identidade) e dos demais (objetos) no tempo e no espaço pode deixá-las vulneráveis em relação a sua autoestima (McWilliams, 2006). Tendem a cindir (dividir, dissociar) a si mesmas e aos outros em "totalmente bons" ou "totalmente maus" (Kernberg, 1991). Quando simpatizam com alguém, costumam ignorar seus defeitos e idealizá-lo, porém, quando, em outro momento, são tomadas pela raiva, perdem a capacidade de enxergar aquelas virtudes anteriormente reconhecidas. Devido a esse prejuízo na identidade e, consequentemente, na autoestima, é comum que, ante situações de tensão ou estresse, recorram a mecanismos defensivos e estratégias de enfrentamento imaturas – por exemplo, dissociação, negação, identificação projetiva – como forma de se livrar de sentimentos negativos ou desagradáveis (Gabbard, 2006). Em razão desse modo de funcionar, pessoas com TPB, ante situações aparentemente irrelevantes, podem ser levadas a apresentar instabilidade do humor manifestas por irritabilidade, intolerância à frustração e precário controle dos impulsos (Kernberg, 2006). Não conseguem suportar ansiedades depressivas e, portanto, são suscetíveis a episódios de desregulação emocional (Schore, 2012; Westen, Muderrisoglu, Fowler, Shedler, & Koren, 1997), nos quais as tempestades afetivas se manifestam (são estáveis na sua instabilidade). Nessas situações, podem se tornar impulsivas, irracionais e até suicidas (Kernberg, 2006; Linehan, 2010). Vivenciam uma sensação crônica de vazio (os propósitos podem ser passageiros, de curta duração, superficiais; costumam ser pessoas "fogo de palha", outras se sentem "ocas"). Algumas podem ser muito bem-sucedidas em algumas áreas, como no trabalho, no esporte, nas artes, mas geralmente, naquelas situações em que a dependência emocional está em jogo, tendem a se atrapalhar e a se desorganizar (Searles, 1994); não é incomum buscarem autonomia e independência precocemente (uma independência reativa a um ambiente por vezes caótico e enlouquecedor). As breves e transitórias oscilações de humor características da crise da adolescência normal não devem ser confundidas com as graves e comprometedoras atuações destrutivas e comportamentos impulsivos cometidos

por pessoas com TPB nesse decisivo período desenvolvimental (Kernberg, 1995a). Às vezes, seus traumas e conflitos estão à flor da pele (cicatrizes, tatuagens, *piercings*, etc.), em que representam seu mundo interno dissociado – bom e mau (Reisfeld, 2005).

É comum que, por volta da meia-idade, para aqueles que conseguem sobreviver às várias situações autodestrutivas, as perdas econômicas, os danos à saúde, os prejuízos a terceiros, entre outros desastres, tenham se acumulado, deixando marcas inapagáveis (Kernberg, 2006). Nesses casos, as possibilidades/chances de mudanças psicológicas mais profundas e consistentes tendem a ser bastante restritas. Seu comportamento errante e às vezes caótico pode dar a falsa impressão de que estão cognitivamente prejudicados, mas um exame mais detalhado poderá revelar, em alguns casos, que se trata de um pseudodéficit cognitivo (são pacientes que geralmente apresentam um nível limítrofe ou médio em um teste de inteligência, mas um exame projetivo geralmente "sujo" indicando a presença de mecanismos de defesa primitivos que impedem ou reduzem a utilização plena de suas capacidades egoicas) (Kroll, 1988; Westen et al., 1999).

Devido à frágil e instável identidade (autorrepresentações e representações dos objetos), essas pessoas aceitam permanecer em relacionamentos em que a relação de doação mútua, por exemplo, entre um casal, não ocorre (Lachkar, 1992). São capazes de se mutilar (p. ex., queimando-se e cortando-se) como forma de se sentirem vivas ou de se violentarem por meio de outros comportamentos autodestrutivos, a fim de garantir o "amor" (patológico) do(a) companheiro(a), tamanha necessidade de sentirem-se amadas; aceitam e aparentemente (superficialmente) apreciam as perversões ou os atos corruptos e/ou ilegais dos parceiros como forma de garantir o suprimento afetivo (Kernberg, 1995c). Há uma tendência, em casos graves, a se relacionarem com parceiros(as) antissociais ou narcisistas que frequentemente irão abusar delas de forma predatória, explorando-as e as expondo a situações traumáticas e de vulnerabilidade, como violência doméstica, transmissão de doenças, abandono no período gestacional/puerpério, traições, etc. (experiências de abuso, inclusive sexual, são frequentes com seus objetos de apego na infância).

Seu estilo comunicacional tende a ser marcado por uma hiper-reatividade agressiva, seja no olhar, no vocabulário, no tom de voz, na comunicação não verbal (gestos, roupas, etc.). Há, com alguma frequência, certa vulgaridade/agressividade no vestir e no comportamento em geral. Em alguns casos a intenção é chocar. A feminilidade/masculinidade parece prejudicada. Há conflitos conscientes e inconscientes quanto à identidade de gênero (homossexualidade, bissexualidade). Cronicamente, parece impregnada, na autorrepresentação (p. ex., autoimagem) uma grande desvalorização. Parecem incapazes de cuidar da saúde em geral e do corpo em particular (podem apresentar alterações na percepção indicando, p. ex., a presença de transtorno dismórfico corporal, anorexia, bulimia, disforia de gênero, entre outros). Sexo sem proteção, autoexposição desenfreada, abuso de álcool e outras drogas, diversas outras adições, são comumente parte do quadro (Stone, 1990). Existe uma capacidade (emocional) muito restrita para compreender os limites eu/não-eu (Adler, 1985). Podem invadir o espaço alheio, tendem a ser espaçosos, não reconhecem facilmente os limites do próprio corpo (ou das suas extensões, como o seu carro); não é raro envolverem-se em acidentes;[8] quando tomados pela raiva, perdem a capacidade de refletir, ignorando, assim, as consequências de seus atos.

Seus relacionamentos tendem a ser caóticos. O medo do abandono é praticamente insuportável. Os relacionamentos amorosos parecem uma sucessão dos mesmos erros. Suas formas de amar com frequência são patológicas e estão fortemente relacionadas ao medo do abandono e da solidão (Kernberg, 1995c; Lachkar, 1992). Para sentirem-se amadas ou desejadas, ou tendo algum valor, muitas vezes recorrem a uma tentativa de despertar ciúmes; uma ameaça de morte por uma traição (real ou imaginada), por exemplo, pode ter mais valor do que uma declaração de amor (em geral não acreditam que essas declarações sejam duradouras e verdadeiras); com frequência tentam preencher (inconscientemente) os sentimentos crônicos de vazio (medo da solidão, do abandono, da rejeição, etc.) com atividades aditivas (sexo, consumismo exagerado, esportes, *binge* com drogas ou alimentos, jogo, etc.), como forma mal disfarçada e compulsiva de autocompensação (Ekleberry, 2009; Kernberg, 1991); devido aos problemas graves de autoestima, às vezes se observa um desnível sociocultural entre essas

[8] Evidentemente a comorbidade com problemas de atenção e/ou hiperatividade deve ser investigada.

pessoas e seus parceiros. Não é raro interpretarem mal as ações de outras pessoas (Kernberg, 2006), comumente se sentindo objeto de deboche ou desrespeito; suas reações são intempestivas, mas isso geralmente sucede alguma situação em que se sentiram vulneráveis, humilhadas ou expostas. Não é infrequente o rompimento de relações com um dos genitores (em geral do sexo oposto); idealizam o amor (ou a pessoa amada) como se fosse a solução para todos os problemas humanos; mudam facilmente de opinião, e sua ideologia costuma privilegia a "liberdade" (de expressão, de pensamento, de opinião); temem e/ou se opõem aos sinais de autoridade, pois essa remete ao estabelecimento de fronteiras, de limites (certo/errado, pode/não pode); às vezes têm talentos artísticos acima da média, principalmente devido a uma vida afetiva interna muito intensa, mas caótica. Estão mais facilmente propensos a mudanças externas (decoração da casa, troca de carro, cor do cabelo, viagens, etc.) do que a enfrentar uma mudança interna por meio de um tratamento psicológico. Tendem a crer em soluções rápidas e mágicas para seus graves problemas psicológicos (podem ser facilmente vítimas de líderes messiânicos, especuladores, agiotas, terapias alternativas e sem comprovação científica, etc.) (Kernberg, 2000).

Essas pessoas não acreditam que possam ser amadas pelo que são, pois não sabem exatamente quem são (Bateman & Fonagy, 2005; Colkin & Westen, 2005). A imagem predominante de si mesmas é de alguém sem valor, descartável, desnecessário. Quando uma relação afetiva começa a ficar íntima e a se consolidar, não é raro cometerem alguma atuação (trair, desaparecer sem dar notícias, decepcionar o parceiro de algum modo, boicotar a relação) para evitar estabelecer uma relação de dependência; desejam, mas ao mesmo tempo ficam apavoradas com a ideia de carecer de alguém. Conflitos em relação à dependência são a regra (Steiner, 1987). Decisões aparentemente irrelevantes (sumir, viajar, abusar de drogas, fazer sexo com estranhos, etc.) muitas vezes podem se revelar tentativas desesperadas de lidar com o medo do fusionamento (perda definitiva dos limites eu/não-eu característico dos estados psicóticos) (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006). A mentira costuma estar presente e muitas vezes tem início na infância, como forma de evitar violências e castigos. Podem tornar-se desonestas com bastante facilidade (Kernberg, 1995b).

O que pode, em alguns casos, parecer uma sequela cognitiva (seja por abuso de álcool e outras drogas) precisa ser bem diferenciado de um pseudodéficit cognitivo, ou seja, um *funcionamento* em nível de retardo mental, em que se sentem mais à vontade para apenas agir sem ter de pensar (a impulsividade e o uso massivo de defesas primitivas proporcionam as condições para esse tipo de funcionamento). Quando dominadas pela raiva ou ódio, tendem a ficar "cegas e surdas" e a não mais pensar de forma lógica e racional. Fonagy e Target (1996) descrevem a ausência ou decréscimo da função reflexiva (mentalização). Agem impulsivamente, desconsiderando as consequências de seus atos, podendo, nesses momentos, chegar a se envolver em atos ilegais. Tendem à teimosia como forma de sustentar algum nível de "opinião própria" e senso de identidade pessoal.

Por viverem constantemente na fronteira (*borderline*, borda) com outras psicopatologias, por vezes pode ser difícil estabelecer um claro diagnóstico de personalidade *borderline* em comparação a outros quadros, em especial, transtorno bipolar (TB)[9] e histriônico, e mesmo em relação ao antissocial quando estão presentes comportamentos ilegais. A fim de facilitar o aprimoramento da acurácia da avaliação, Blatt (2010) identificou empiricamente dois tipos de *borderline*: um mais autoagressivo, cujos conflitos dizem respeito sobretudo à autodefinição (*self-definition*), e outro mais heteroagressivo, que é muito mais vulnerável aos relacionamentos.

Transtorno da personalidade antissocial: "olho por olho, dente por dente"

Clinicamente, as personalidades antissociais têm (em termos estruturais de Kernberg, 1995a, 1995b) um código moral e ético frouxo e pouco consistente, mas, ao mesmo tempo, severo, sádico e radical, em que a justiça se faz na base do "olho por olho, dente por dente" ou "aqui se faz, aqui se paga". Apesar de classicamente sua imagem estar associada a agressão e violência, clinicamente podem ser divididos entre uma versão agressiva (às vezes ligada à identificação com um cuidador abusivo ou violento) e outra passivo-parasítica, que usa outras formas de explorar os demais (abusa econômica, emocional e psicologica-

[9] Kernberg e Yeomans (2013) fazem uma distinção clínica bastante útil entre este e outros diagnósticos psiquiátricos, mostrando a estabilidade das características de personalidade em comparação à transitoriedade dos sintomas maníacos e depressivos no TB, por exemplo.

mente); pode alternar entre um comportamento parasitário para alcançar o que deseja ou agressivo quando percebe que não irá conseguir o que espera; uma desconsideração pelas necessidades alheias marca suas interações (Meloy, 1992); com frequência estará presente abuso ou dependência de álcool e outras drogas (como sintomas); conforme a situação convier, são capazes de manifestar verbalmente sentimentos de culpa ou arrependimento, porém, é importante verificar o quanto tal reconhecimento não está ligado a alguma vantagem que estejam antevendo. Um ganho secundário, não evidente à primeira vista, pode, às vezes, estar motivando determinados comportamentos e atitudes (p. ex., procurar tratamento para se eximir de uma responsabilidade legal ou penalidade) (Kernberg, 1995b). Alguns indivíduos antissociais são tão inteligentes e manipuladores que podem apenas deixar transparecer seus aspectos narcisistas (sua falta de empatia pelas necessidades alheias) já que os atos ilegais, imorais e corruptos são muito bem escondidos e/ou disfarçados e apenas seu comportamento parasitário poderá ser identificável (Bursten, 1973). Esse tipo não costuma se exibir, muito ao contrário, procura manter segredo sobre seu passado. Alguns indivíduos com transtorno da personalidade antissocial/psicopática (TPA) são capazes de viver suas vidas e buscar seus objetivos recebendo, inclusive, aprovação social e até admiração (APO, 2006). Em algumas funções, chegam a ser bem recompensados (a ponerologia se dedica ao estudo da associação entre psicopatia e poder).

São atraídos por posições sociais em que o poder esteja em suas mãos. O uso que irão fazer de tal posição está longe de ser para ajudar os demais, é o poder pelo poder (Hare, 1993). Não foram acostumados a respeitar a lei – começando pela autoridade paterna que ou estava ausente, ou não exerceu ajuizadamente seu papel e/ou função (Wellausen & Bandeira, 2010). Não assumem ou mantêm compromissos com outras pessoas. Devido a forte presença do narcisismo patológico, falta-lhes um genuíno sentimento de arrependimento pelos danos que causam (incapacidade de se colocar no lugar do outro – empatia) (Akhtar, 1992). A incapacidade para aprender com as experiências é marcante. Passam várias vezes por situações (prisão, envolvimento em situações de violência e agressão, risco de vida, perdas das mais variadas formas, etc.) sem conseguir ver que sua vida muitas vezes é uma sucessão de decisões malsucedidas.

Como o limiar para as emoções é reduzido (Meloy, 1992), são capazes de mentir sem deixar transparecer indícios de ansiedade ou perda de controle (funções autonômicas são hiporreagentes); podem ser propensos a somatizações (alguns tendem a alexitimia). Seu estilo comunicacional costuma apresentar características épicas (Benjamin, 1996; Liberman, 1976). Aqueles mais intelectualmente dotados descrevem situações vividas no passado – recente ou remoto – como se fossem grandes aventuras (vangloriam-se de ter passado e sobrevivido a tais experiências) e a si próprios como heróis (exatamente o oposto do que são). Muitas vezes esse tipo mais exibicionista parece ingênuo ao revelar fatos que são comprometedores, sendo que, em casos raros, a revelação desses fatos e acontecimentos pode representar um pedido honesto de ajuda (Meloy & Yakeley, 2010). Leem emoções, expectativas e anseios dos demais, correspondendo a eles até obterem o que desejam, depois descartam essas pessoas e/ou relações sem consideração (Hare, 1993). Estão mais preocupados com sua autodefinição (*self-definition*) do que com relacionamentos (*relatedness*) (Blatt, 2010).

A busca por uma identidade negativa pode representar a necessidade de mostrar que, antes de serem considerados um "Zé ninguém", preferem ser (re)conhecidos pelo mal que fazem aos outros. Algumas organizações criminosas ou facções congregam muitos desses indivíduos. A falta da figura paterna deixa um buraco nos processos identificatórios (McWilliams, 2006), ao mesmo tempo em que oferece um modelo (fracassado em sua função e papel). É difícil dar ou internalizar aquilo que não se recebeu.[10] Não é raro que um familiar próximo tenha servido de modelo para inspirar um código moral semelhante. Às vezes também ocorre de inconscientemente a família, ou alguns de seus membros, obter algum grau de gratificação – direta ou indireta – dos comportamentos antissociais (Kernberg, 1995b).

Quando são confrontados com o fato de estarem repetindo comportamentos fracassados anteriormente, racionalizam alegando que "dessa vez vai ser diferente", mas em geral voltam a cometer os mesmos erros e a decepcionar aque-

[10] Quando os limites e as regras sociais são transmitidos/emanados de forma firme, mas amorosa, permitem a consolidação de um superego (ou ideal do ego) mais benevolente e construtivo e, portanto, menos impiedoso e sádico (Chasseguet-Smirgel, 1992; Kernberg, 1995a).

les que neles depositaram sua confiança (Meloy, 1992). A ação parece ter substituído o pensamento (Bursten, 1973). Quando existe um verdadeiro comprometimento cognitivo, o ambiente, com sua função controladora, precisa ser mais firme e eficiente, pois a falta de flexibilidade e a ausência de "ajuste" e leitura das situações sociais são maiores, e os comportamentos tendem a se expressar sem passar pelo filtro do juízo crítico. Fracassam em manter e honrar compromissos e responsabilidades; invariavelmente, quando as coisas fogem ao seu controle, colocam automaticamente a responsabilidade pelo problema ou fracasso nos outros, sendo incapazes de assumir sua parcela de responsabilidade/culpa (Kernberg, 1995a, 1995b). Têm pobre e limitada vida emocional. Sua expressão afetiva tende a ser insegura e com frequência visa a manipulação (APO, 2006). Nas relações afetivo-sexuais, confundem domínio e posse com amor.

Esses indivíduos aprenderam muito cedo que há dois caminhos para conquistar o que desejam. Optam pela via curta (Chasseguet-Smirgel, 1991). Em alguma medida, captaram (às vezes em níveis de comunicação inconsciente) que foram escolhidos pelo genitor do sexo oposto, que costumam idealizar, para substituir o pai ausente (desde cedo presenciam situações ou ouvem histórias que não deveriam ser compartilhadas ou confidenciadas senão entre adultos, promovendo, desse modo, o desmoronamento das naturais e saudáveis barreiras entre gerações). Devido a intensos sentimentos de culpa e ambivalência de seus cuidadores, tenderam mais frequentemente a ser mimados e superprotegidos do que amados; creem que lhes seja permitido fazer tudo o que quiserem, uma vez que as leis geralmente servem apenas para as outras pessoas. Não admitem abrir mão do pódio no qual são colocados muito cedo (aqui cabe destacar que em geral estiveram mais expostos a sexualização precoce do que a experiências amorosas saudáveis). Muitas vezes a incapacidade do genitor de assumir seu fracasso na edificação do caráter do filho alimenta a projeção da culpa para a "falta de sorte na vida" ou na "influência das más companhias". Não é infrequente que alguns antissociais cultivem em seu íntimo (em um núcleo bem incrustrado de sua personalidade) algum ressentimento (Kancyper, 1999) em relação aos seus pais/responsáveis por terem fracassado em lhes fornecer boas e suficientes proteção e segurança emocional nas primeiras etapas da vida (deixando uma ferida narcísica importante).[11] Tal ressentimento parece explicar, ao menos em parte, um sentimento muito comum – nos moldes de uma convicção inconsciente e em certo nível até consciente – de sentir-se credor da sociedade. É como se estivessem o tempo todo olhando para os erros, injustiças e falhas cometidos com eles no passado, acreditando que finalmente justiça seria feita quando lhes fosse dado – sem lhes exigir empenho ou esforço necessário – tudo o que lhes faltou na vida. Devido à ação de diversos mecanismos defensivos, não conseguem aceitar nem reconhecer (negação) que, na verdade, careceram de amor com limites, proteção e segurança; desejam aquilo que em sua mente representa isso, ou seja, bens materiais. Alguns acreditam que aqueles que têm esses bens os têm porque foram amados e/ou os ganharam daqueles que os amavam ou que estes, ao menos, lhes deram as condições de conquistá-los. Em um contexto social, parece possível observar o papel da inveja e da destruição daquilo que não possuem e a necessidade premente de ostentar e exibir aquilo que adquirem. Vários desses mecanismos psicológicos parecem muitas vezes associados a casos de agressão, violência e criminalidade.

Às vezes essa posição passivo-agressivo-parasítica é alimentada no próprio seio da família (mas essas pessoas também podem usar argumentos ideológicos e "científicos" fornecidos por alguns representantes da *intelligentsia*[12] para manterem-se na posição um tanto quanto vingativa em relação à sociedade). Cabe destacar também que em outras ocasiões a motivação desenfreada por poder (e/ou em despertar medo nos demais), característico dessas personalidades, é uma tentativa de não mais se sentirem vulneráveis (os outros é que se sentirão frágeis)

[11] As pessoas marcadamente narcisistas também tendem a nutrir ressentimentos semelhantes, mas não costumam utilizá-los para manipular de forma tão explícita e direta os demais quanto os antissociais.

[12] Em um plano social, algumas políticas sociais e medidas para criar um Estado de Bem-Estar Social parecem relacionadas a algumas dessas questões. Ver Sowell (2012), Carvalho (2013) e Dalrymple (2014), entre outros, para uma discussão mais aprofundada sobre esses temas. Pode-se aventar, por hora, que devido às grandes desigualdades econômico-sociais experimentadas no Brasil, uma espécie de "culpa social" faz uma parte da sociedade aceitar como verdadeiras essas argumentações "científicas", não encontrando ou se autoenganando quanto às medidas realmente eficazes para combater os graves e crescentes problemas sociais, como a violência e a criminalidade.

a situações de negligência, abuso e maus-tratos como algumas daquelas sofridas no passado.

Um aparente déficit ou sequela cognitiva (por traumas, uso de álcool e outras drogas) precisam ser bem diferenciados de um modo de *funcionar* pseudorretardado. Devido ao funcionamento ser predominante na posição esquizoparanoide (Klein, 1946/1996; Steiner, 1987), dificilmente conseguem confiar em alguém (baseiam-se em si mesmos para "medir" a honestidade dos outros) e para revelar honestamente o quanto estão de fato entendendo o que estão entendendo, "se fazem de desinformados para conseguir o que querem". Tendem a ser *novelty seeking*, seja por alterações biológicas/genéticas (Cloninger, Adolfsson, & Svrakic, 1996), seja porque não aprendem com as experiências e tendem a ignorar (consciente ou inconscientemente) os riscos que correm ou a que submetem os demais. Têm muita dificuldade em aceitar receber ordens e facilmente se sentem humilhados e, portanto, justificados a uma agressão (Kernberg, 1995b).

Subtipos (APO, 2006)

- **Passivo-parasita:** mais dependente, menos agressivo, relativamente não violento, manipulador, vigarista.
- **Agressivo:** mais explosivo, predador e frequentemente criminoso violento.

Transtorno da personalidade narcisista: "tu sabes com quem estás falando?"

Clinicamente, pessoas com transtorno da personalidade narcisista (TPN) têm como característica central uma frágil autoestima (McWilliams, 2006). Procuram regulá-la tanto por meio de formas conscientes quanto inconscientes. Algumas costumam apresentar sentimentos de grandiosidade, sentem-se superiores aos demais, acreditam ser merecedoras de privilégios sem terem se esforçado para tanto; supervalorizam-se; costumam se achar no direito de fazer o que bem entendem, acreditando que as normas e as regras sociais servem para outras pessoas, mas não se aplicam a elas (diferentemente do que ocorre nas personalidades antissociais, têm um código ético e moral mais bem estruturado, mas o ignoram – consciente ou inconscientemente, conforme a situação lhes convier: "os fins justificam os meios"); sentem que merecem privilégios simplesmente por ser quem são; podem ser arrogantes, prepotentes ou desdenhosas; têm um conceito inflado de si mesmas (Kernberg, 1995a, 1995b). Não aceitam nada menos do que o melhor para si (nessas ocasiões seu sistema moral e ético pode ficar temporariamente suspenso).[13]

Além disso, têm dificuldade de manter relações nas quais as necessidades ou as reivindicações das outras pessoas também precisam ser consideradas (relações afetivas/amorosas, profissionais, sociais, etc., frequentemente estão prejudicadas em função disso). As pessoas com TPN nutrem sentimentos de inveja crônica (Rosenfeld, 1988). Sujeitos com esse perfil, cedo ou tarde, podem desvalorizar (atacar, trair, enganar, etc.) inclusive aqueles que os estejam ajudando (familiares, amigos, psicoterapeutas, entre outros); têm dificuldade em ser humildes ou de reconhecer seus próprios erros e defeitos; facilmente se sentem criticados; têm dificuldades para expressar gratidão, uma vez que ela explicitaria que receberam algo que inicialmente não tinham (Kernberg, 2006); usam mecanismos defensivos imaturos, como a idealização, a desvalorização, a projeção, a negação, a identificação projetiva, entre outros (Gabbard, 2006). Com frequência são assolados por alterações repentinas no humor (facilmente ficam irritados e "explosivos" quando se sentem contrariados, incompetentes ou fracassados). Às vezes, aprenderam a se "desculpar" (racionalizam) por terem ferido alguém (física ou psicologicamente), alegando sentimentos mais nobres, como estarem "deprimidos" ou serem "bipolares",[14] quando, na verdade, estão coléricos porque a realidade (incluindo suas capacidades, habilidades e competências) é diferente do que esperavam (Kernberg & Yeomans, 2013). Um bem, produto ou serviço lançado ontem precisa ter sido adquirido anteontem, pois jamais aceitam "ficar para trás". Não é raro se endividarem a fim de manter uma imagem irreal de bem-sucedidos. Passado um período inicial exibicionista, têm grandes dificuldades para desfrutar o que

[13] Alguns se sentem facilmente ofendidos ou vitimizados e não é raro se envolverem em questões litigiosas ou processos judiciais que lhes garantam algum tipo de retribuição ou recompensa por um suposto ataque ou prejuízo.

[14] Essa situação também é frequente em pacientes *borderline*, mas eles não têm o *self* grandioso característico das personalidades narcisistas (Kernberg, 1995a). A comorbidade com transtorno do humor, como a ciclotimia, deve ter sido descartada. Nesses casos, os episódios são de curta duração e não afetam o funcionamento basal da personalidade. Condições médicas clínicas ou intoxicação por drogas também devem ter sido investigadas.

conquistam, pois invariavelmente alguém terá algo que eles ainda não têm, o que faz com que se sintam em desvantagem ou diminuídos. Estão facilmente sujeitos a sentir vergonha e humilhação (Nathanson, 1987). Quando idealizam alguém, sentem-se mais especiais ou importantes devido a sua provável associação a tal pessoa (roupas, clube, marcas, grifes, símbolos de *status*, etc.). Quando desvalorizam alguém, sentem-se superiores (APO, 2006).

A escolha de parceiros costuma estar mais embasada em atributos físicos do que em valores internos (honestidade, sinceridade, companheirismo, etc.). As conquistas no campo afetivo-sexual tendem a representar muito mais um troféu, que mostra sua superioridade, do que um genuíno interesse naquela pessoa (e nos respectivos interesses dela) (Lackhar, 1992). Cabe destacar que esses indivíduos não são incapazes de amar, a ideia de depender de outro ser humano os assusta (mesmo quando não têm consciência desses sentimentos), uma vez que essa situação os faria reconhecer que precisam de alguém além deles mesmos. Não são infrequentes envolvimentos extraconjugais como forma inconsciente de negar a dependência e o medo da intimidade.

Quando alcançam a meia-idade, alguns problemas tendem a se manifestar mais intensamente, e costumam ser diferentes em homens e mulheres. O declínio do poder econômico atinge mais a psicologia masculina, ao passo que a perda dos atributos físicos (declínio natural do corpo com o envelhecimento) debilita psicologicamente mais as mulheres. Defesas maníacas (cirurgias plásticas, mudanças radicais do estilo de vida, abuso de álcool e outras drogas, entre outras) podem ser acionadas nesse período como forma "mágica" de lidar com a depressão pelo reconhecimento da passagem do tempo e pela consciência de que fracassaram em construir relações mais sólidas e maduras[15] (Kernberg, 1989). Nas sociedades ocidentais individualistas nas quais os bens materiais podem representar sucesso e poder, a perda desse *status* e a conscientização de que se é igual aos demais mortais podem ser devastadoras; o risco de suicídio não está descartado em alguns casos. A necessidade de serem admirados pode fazer com que realizem empreendimentos que acabem por beneficiar outras pessoas, mas frequentemente esse é um efeito secundário e não primário de suas ações. Alguns podem ter sérias dificuldades em reconhecer ou valorizar as novas gerações (inclusive os próprios filhos), denegrindo as conquistas e progressos destes e superestimando as suas (Kernberg, 2000).

Parece que, em suas histórias de vida, suas relações de apego foram pouco recompensadoras ou estavam emocionalmente indisponíveis (APO, 2006; Kernberg, 2000). Alguns não passaram de extensões narcísicas do pai ou da mãe que não permitiu uma verdadeira separação-individuação deles (suas escolhas foram determinadas pela tentativa de agradar aos pais ou ao menos de não decepcioná-los). Às vezes, em sua história desenvolvimental, foram insuficientemente frustrados ou, o oposto, excessivamente frustrados, tendo, por isso, desenvolvido um sistema defensivo grandioso, onipotente, arrogante, autossuficiente, atrás do qual escondem sua fragilidade e sentimentos de menos-valia, impotência e baixa autoestima característicos de sua autorrepresentação. Oscilam entre estados opostos de ego (Kernberg, 1995a): em um momento sentem-se uma fraude, vazios e incompletos e alternam essas representações com sentimentos e comportamentos de grandiosidade, superioridade e autossuficiência.

Em alguns casos são hipersensíveis a estímulos externos (luz, sons, barulhos, vozes, ruídos), como se quisessem manter a ilusão de viver em uma bolha protetora (Bach, 1985). Cognitivamente podem ser muito bem-dotados e, nesses casos, o ambiente em que foram criados tendeu a dar alto valor às capacidades intelectuais. Seu estilo comunicacional aponta para a colocação de suas prioridades e necessidades em primeiro lugar, não lembrando, reconhecendo ou valorizando as alheias. Pensam sempre primeiro em si. Têm dificuldades de, por exemplo, lembrar acontecimentos, nomes ou pessoas, pois esses geralmente são uma audiência sem rosto ou opinião. Sua comunicação e o uso que fazem da linguagem são autocentrados e exercem mais a função de regular a própria autoestima do que comunicar ou ser entendidos. Podem ser hipócritas, orgulhosos, debochados e sarcásticos, principalmente quando sentem que perderam sua "plateia".

Seu modo recorrente de enfrentar problemas e conflitos usando um repertório limitado de alternativas pode dar a falsa impressão de que cognitivamente estão prejudicados, mas lhes é muito difícil adotar o ponto de vista de outra pes-

[15] As pessoas narcisistas podem se deprimir, mas, em vez dos sentimentos de culpa e autoacusações característicos da depressão, a vivência subjetiva dos narcisistas é de vazio (McWilliams, 2006) e de raiva (Kernberg, 1995b).

soa, pois seria como explicitar sua ignorância/insuficiência em relação a determinado assunto. Devido à propensão à arrogância (Bion, 1988), podem ter problemas com aprendizagem; é intolerável ter de aprender com alguém. Em linhas gerais, como, por exemplo, posições ideológicas, as diferenças não são bem-vistas: denunciam que uns têm o que outros não têm; homogeneidade é melhor do que heterogeneidade para esses indivíduos; aqueles que se tornam marcadamente narcisistas parecem desinvestir emocionalmente da relação com outros, tornando-se basicamente preocupados com sua própria integridade corporal, tendendo a somatizações (Ronningstam, 2000). Costumam gastar muita energia se comparando aos outros (APO, 2006). Em alguma medida, a cultura de hoje, como reflexo do estilo de vida adotado por algumas sociedades ocidentais nos últimos 40 anos, tem alimentado formas patológicas de narcisismo. Tal estilo de vida tem impactado desde a criação de filhos, passando por saúde, educação e segurança pública, o uso das mídias e, de modo geral, toda a cadeia de produção e consumo (Lasch, 1983; Twenge & Campbell, 2009).

Subtipos (APO, 2006)

- **Arrogante/Entitulado:** caráter fálico narcisista de Wilhelm Reich; narcisista distraído de Glen Gabbard; narcisista pele fina de Hebert Rosenfeld; narcisista manifesto de Salman Akhtar, também descrito por Cooper e Ronningstam. Comporta-se com um senso de direito, desvaloriza a maioria das pessoas.
- **Deprimido/Empobrecido:** hipervigilante de Glen Gabbard; pele grossa de Hebert Rosenfeld; narcisista encoberto de Salman Akhtar; narcisista envergonhado de Cooper e Ronnigstam. Comporta-se de forma ingrata, busca pessoas para idealizar, sente inveja crônica de pessoas que estão em posição superior.

Transtorno da personalidade histriônica: "eu sou a(o) preferida(o) do papai"

Clinicamente, pessoas com transtorno da personalidade histriônica (TPH) podem se apresentar sob duas formas distintas. Em ambas, entretanto, há necessidade quase visceral de ser o centro das atenções. Uma delas se assemelha ao descrito por Freud em seus casos clínicos (Breuer & Freud, 1985/1974). Há uma tendência a somatizações, maior debilidade/vulnerabilidade física e sensação interna (autorrepresentação) de ser alguém doente ou fraco. Esse tipo às vezes pode ficar conhecido pelos mais próximos como "a(o) menina(o) enxaqueca". Mediante queixas frequentes de saúde,[16] costuma acionar o pai ou outro cuidador (namorado, marido, parentes, etc.) para o suprimento da atenção exigida. O que se encontra nesses casos é a somatização dos conflitos emocionais (antigamente chamada histeria de conversão).

Na outra versão do TPH, a dinâmica é diferente, havendo uma sexualização das relações interpessoais mais diretamente expressa. Podem manifestar dois tipos opostos de comportamento ante a sexualidade: evitativo e não respondente, enquanto outros ostentam sua sexualidade de forma exibicionista, como um modo defensivo para contrarrestar sentimentos de medo e vergonha (os outros é que ficarão pequenos e impotentes) (APO, 2006). Ocorre uma busca quase desenfreada por ocupar uma posição de poder em relação ao sexo oposto, ao passo que costuma haver muita competição e rivalidade com as pessoas do mesmo sexo; muitas vezes, há exagero e hipervalorização em relação à estética, tendo a beleza do corpo e os atributos físicos como o único valor que sentem possuir (se apresentam como uma caricatura de mulher, ou de homem); não é raro problemas como frigidez e impotência sexual quando finalmente chegam às vias de fato (Akhtar, 1992); academias de ginástica acabam sendo local propício em que se sentem à vontade, pois podem mostrar seus corpos livremente e são valorizados por isso. Na meia-idade, a busca por soluções que ajudem a negar a passagem do tempo não é infrequente (é provável, em alguns casos, uma longa história de adição a cirurgias estéticas).

Em termos de estilo comunicacional, querem ser notados, dificilmente passam despercebidos (Liberman, 1976). O medo de serem esmagados pelo próprio afeto faz com que se expressem verbalmente de forma dramática, como se a emoção inconscientemente expressa de outra forma não fosse considerada (APO, 2006). Sua necessidade de atenção faz sua criatividade ser infindável, porém, pueril, já que está baseada inconscientemente na tentativa de chamar atenção. Marcam sua presença da forma como conseguem, desde

[16] Evidentemente exames médicos, clínicos e laboratoriais devem ter descartado qualquer origem orgânica para as queixas e os problemas recorrentes de saúde.

tom de voz, perfumes marcantes, cores e roupas chamativas ou extravagantes, ou com seu constante "mau humor e indisposição", ou, ainda, com seus "ataques e chiliques". O charme e a aparência física são funcionais: servem para controlar os outros e assim obter a atenção e o cuidado que desejam (Benjamin, 1996). Precisam incansavelmente estar na moda (busca por novidade – tecnológica, material, estética, etc.); seu estilo tende a ser impressionista: podem ser espalhafatosos, indiscretos, inadequados, mas geralmente são superficiais. Exageram nas descrições, são superlativos, hiperbólicos, às vezes dramáticos e catastróficos.

Apesar de parecerem viver em função de seduzir, em suas relações afetivo-sexuais, na verdade, demonstram bastante imaturidade para manter intimidade em longo prazo (apenas permitem que o parceiro os veja "nos melhores momentos"). Podem ser os eternos "solteirões", para quem os pretendentes quase nunca estarão à altura ou que em pouco tempo se decepcionam, pois os potenciais candidatos inevitavelmente irão apresentar defeitos que os impedirão de ser "os escolhidos" (McWilliams, 2006). Não é raro se envolverem com pessoas com personalidades dependentes, as quais, apesar de bajulá-las, são feitas de "gato e sapato" por elas. Nunca, jamais algum homem irá se igualar ao pai (perfeito, idealizado).

Na história de vida, principalmente na infância, esses indivíduos foram amados sobretudo por sua aparência física (aqueles menos privilegiados tendem a compor o primeiro tipo – somatizador) ou por suas capacidades de entreter e ser agradáveis aos adultos, e não por sua competência ou seu caráter (Benjamin, 1996). Não é incomum o pai do sexo oposto ter uma atitude abertamente sedutora ou quase incestuosa (diferentemente dos casos *borderline*, o abuso sexual nessas personalidades raramente chega a ocorrer). Às vezes, o(a) filho(a) é alocado(a) no lugar do genitor do sexo oposto (com muita satisfação substitui a mãe em eventos, festas, reuniões, etc.). A expressão que melhor parece definir essas personalidades seria "a princesinha do papai" (ou do vovô, do titio, ou qualquer outro). Quando esse é o caso, tende a ficar mais aparente e visível a relação competitiva e rivalizada com a mãe (e outras figuras que a representem no dia a dia) (McWilliams, 2006). Não serão medidos esforços (conscientes e inconscientes) para mostrar que a mãe é incapaz, incompetente e despreparada e que ela, a filha, é muito mais habilidosa para cuidar, se responsabilizar e melhor conhecer o pai. Quando há irmãos, às vezes a situação fica complicada, já que a tentativa de assumir o papel materno e a busca por liderança e domínio em relação a eles nem sempre é bem aceita. As pessoas com TPH podem ser estabanadas, (pseudo) distraídas, pelo menos até que outras pessoas passem a lhes dar a atenção de que necessitam (podem chegar, em situações extremas, a ameaçar tirar a própria vida quando sentem que deixaram de ser o centro das atenções); são seletivas aos estímulos (às vezes inconscientemente); parecem imbuídas de uma necessidade incontrolável de agradar e conquistar a simpatia dos demais; parecem ter talento especial para a dramaturgia. Em qualquer um dos casos, o que fica evidente é uma dependência forçada (*coercive dependence*) por meio da qual a pessoa com TPH obriga as demais a atender e a ceder aos seus caprichos (Benjamin, 1996).

Subtipos (APO, 2006)

- **Inibido:** mais comum em culturas e subculturas moralistas e estruturadas. É caracterizado por reserva, ingenuidade sexual, inexperiência e inibição, conversão de sintomas e somatização.
- **Aparente ou Floreado:** mais comum em culturas ou subculturas liberais ou caóticas. Tende a repetitivas crises e dramatizações, sedução e impulsividade sexual. Problemas com impotência e frigidez são comuns.

Transtorno da personalidade esquizoide/esquizotípica: "sem papas na língua"

Esses dois diagnósticos estão aqui unificados uma vez que inúmeras evidências clínicas e empíricas sugerem que eles se diferenciam basicamente por uma questão de intensidade (APO, 2006; Benjamin, 1996). No polo esquizotípico, é maior o prejuízo no contato com a realidade, estando essas pessoas sujeitas a apresentar um comprometimento maior em seus pensamentos e comportamentos, chegando, em determinadas situações, a se tornarem quase delirantes (quando delírios e/ou alucinações estão presentes, ficam estabelecidas as condições para outros diagnósticos, como esquizofrenia).

Geralmente, as pessoas com TPEz querem e desejam (subjacente e implicitamente) contato humano, mas não deixam que tais sentimentos transpareçam; o aparente descrédito às relações interpessoais é exatamente o oposto do que cos-

tumam revelar quando se encontram em tratamento, sentindo-se desejosas de ter relações íntimas com outras pessoas (p. ex., amizades, sexo). Temem ser engolfadas, controladas, pelo relacionamento com outra(s) pessoa(s); geralmente se colocam de fora das interações humanas (Akhtar, 1992). Encontram-se no polo introjetivo e de autodefinição (*self-definition*) (Blatt, 2010); seu pensamento (estilo cognitivo) tende a ser autista; podem ter episódios de despersonalização/desrealização; algumas vezes têm um claro conhecimento e uma sintonia direta com sua vida emocional íntima, chegando a se surpreender ao verem que as outras pessoas não se conhecem na mesma intensidade com que elas se conhecem (APO, 2006). Não faziam parte do grupo dos populares em nenhum lugar por onde tenham circulado; às vezes, há uma história passada de vitimização por *bullying* em casa ou na escola (Benjamin, 1996). Segundo Akhtar (1992), geralmente podem ter preferência por trabalhar em áreas em que seja exigido o mínimo ou nenhum contato com outros seres humanos (parecem se sentir à vontade trabalhando com máquinas, computadores, números, animais, objetos inanimados, etc.); podem ser excêntricas no modo de vestir, nos hábitos; têm preferências por coisas que são diferentes da maioria das preferências de outras pessoas (tendem a ser intolerantes aos modismos); não reconhecem ou aderem às convenções sociais facilmente; podem ser consideradas esquisitas em suas escolhas; às vezes, seus interesses estão relacionados a atividades nas quais se colocam em um mundo à parte. Não é raro se sentirem mais à vontade para comunicar seus estados emocionais e suas preocupações por meio de metáforas, ou fazendo referência a literatura, música, arte, etc. (APO, 2006). Pode-se aventar que narcisisticamente sendo "estranhos ou esquisitos" (parecem ter uma preferência pelo que em sua cultura não é valorizado) sentem-se especiais por não serem iguais aos outros mortais; têm pouca tolerância com os exibicionistas, provavelmente porque fazem aquilo que intimamente desejam fazer e ser; inconscientemente desejam a aceitação por parte das outras pessoas.

Alguns nutrem uma fantasia grandiosa em relação ao poder de sua agressão; regulam a autoestima afastando-se das outras pessoas (McWilliamns, 2006); para não correrem o risco de ser rejeitados, rejeitam primeiro; costumam ser inteligentes e perspicazes, mas dificilmente deixam transparecer seu senso de humor; seu estilo comunicacional é direto, claro e com pouco afeto; não costumam ser de muitas palavras, mas quando falam dizem o que pensam, podendo ser supersinceros ("sem papas na língua"); podem dizer algo com conteúdo afetivo intenso a alguém (p. ex., uma crítica), sem perceber/compreender o impacto (emocional) que tal comentário/ação possa causar na pessoa (Akhtar, 1992; Guntrip, 1976).

Podem ter uma visão bastante crítica e realista sobre as relações humanas (p. ex., a respeito da hipocrisia) e, por isso, tendem a passivamente se afastar, guardando para si o que pensam e sentem. Para Guntrip (1976), essas pessoas têm problemas com a socialização (algumas podem ter um transtorno de ansiedade associado); são reservadas e não gostam de dividir a atenção, facilmente se sentem rejeitadas e algumas, nessas condições, podem se tornar agressivas ou extremamente violentas (casos graves podem ser identificados entre assassinos em série ou naqueles que promovem massacres e chacinas por alegados motivos sociais, religiosos, políticos ou ideológicos); parecem orbitar as relações humanas; são "desconectados" emocionalmente das situações que vivenciam. Defensivamente (de modo inconsciente), suprimem os desejos de estabelecer, construir e manter relações humanas agindo de forma insensível. Diferentemente do antissocial/psicopata, no qual faltam empatia e necessidade de relações humanas, o esquizoide as evita por medo de se envolver e acabar sofrendo uma decepção.

Transtorno da personalidade paranoide: "gato escaldado tem medo de água fria"

Clinicamente, pessoas com transtorno da personalidade paranoide (TPP) apresentam desconfiança e suspeição crônicas e pervasivas em suas relações com os demais; o pressuposto básico é de que os outros são maus (Bernstein & Useda, 2010); são assoladas pelo medo de serem traídas; apresentam ceticismo e hipervigilância em relação às intenções e reações dos demais, temor em ser sacaneadas, enganadas, traídas ("enrabadas") pode estar presente de forma crônica; o comportamento tende a ser litigante e belicoso; com frequência essas pessoas estão em um conflito entre o pânico de viver sozinhas (seja para se defenderem do medo de serem atacadas, seja por medo de que suas fantasias destrutivas – onipotentes – destruam ou já tenham destruído as outras pessoas) ou de se relacionar (medo de serem usadas

ou destruídas pelos interesses dos outros) (APO, 2006). Devido à projeção e ao deslocamento da própria hostilidade, é comum sentirem-se perseguidas por "pessoas hostis", o que faz com que enxerguem o mundo como um lugar perigoso e assustador (APO, 2006). Em geral, costumam se envolver afetivamente em relacionamentos nos quais com frequência serão encenados conflitos-defesas e relações objetais (trair/ser traído); parecem desconfiar de quem não merece sua desconfiança e confiar exatamente em quem não é confiável (sofrem com frequência de um ciúme patológico). Podem perceber corretamente (por um adequado contato com a realidade quando não estão sob excessivo estresse) que as outras pessoas estão de fato falando ou tramando algo pelas suas costas, mas não conseguem perceber que isso pode ser uma consequência do seu comportamento antagonista (Bernstein & Useda, 2010). São pessoas rancorosas e, por isso, tendem à hipermnésia. A fim de evitar sentir culpa por sua agressão, tendem a projetar a raiva e o ódio que sentem nas outras pessoas. Resistem (consciente e inconscientemente) em se responsabilizar pelas agressões infligidas, pois assumi-las os faria experimentar ansiedades de natureza depressiva, que temem não suportar. Em seu estilo comunicacional, procuram deixar claro que estão gratas naquele momento, e não eternamente; têm pouco senso de humor e na superfície tendem a ser moralistas (Akhtar, 1992); não gostam de ficar devendo nada a ninguém; têm a convicção – consciente ou inconsciente – de que, mais cedo ou mais tarde, as "reais" intenções das pessoas irão aparecer e que invariavelmente não costumam ser boas; acreditam que a natureza humana é maldosa. Parecem precisar mais do que o respeito das outras pessoas, têm de sentir que são temidas (Benjamin, 1996). Encontram-se no polo introjetivo, de autodefinição (*self-definition*) (APO, 2006; Blatt, 2010).

Posições sociais em que obtenham algum grau de autoridade podem ser vislumbradas. No caso de homens, tal posição pode oferecer uma garantia que eventualmente esteja ausente em relação a sua identidade masculina. Quando nessas posições, não é raro que abuso de poder ou desconsideração pelas outras pessoas fique mais evidente. Alguns indivíduos com o transtorno têm necessidade de ter inimigos para estabilizar o seu senso de identidade e de autocontrole (Volkam, 1988); carreiras militares ou do Direito (Benjamin, 1996) costumam ser uma meta; não é raro se envolverem em alguns tipos de movimentos sociais, artes marciais ou torcidas organizadas, nos quais estarão autorizados e legitimados a apresentar comportamentos violentos ou de guerra.

Em muitos casos, há um longo histórico de experiências fracassadas em relação ao apego seguro. Tentaram estabelecer relações de dependência em sua infância mais precoce, mas o resultado foi um fracasso na consolidação de uma relação confiável. São bastante frequentes abuso físico, crueldade e maus-tratos na infância. Muitos dos pais de pessoas com TPP também foram vítimas de abusos em sua infância e justificam os castigos como merecidos e adequados para a formação do caráter do filho. Algumas vezes a criança procurou socorro entre vizinhos ou parentes, mas foi ainda mais gravemente punida por revelar para estranhos o que se passava em casa. Não é raro que a pessoa com TPP, ao menor sinal de fragilidade, carência ou de sensibilidade ante alguma situação de violência, ouviu de seus pais, antes de levar mais uma surra, algo do tipo "queres um motivo para chorar? Então eu vou te dar!". Após algumas dessas experiências traumáticas, o indivíduo aprende que não deve chorar, não deve pedir ajuda e que, definitivamente, não deve confiar (Benjamin, 1996).

Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva: "fiquei com dois corações"

Clinicamente, essas pessoas são disciplinadas, metódicas, parcimoniosas, perfeccionistas e obstinadas (Bartz, Kaplan, & Hollander, 2010); organização e planejamento são suas marcas registradas, sentindo mais prazer nessas etapas do que propriamente na execução de algum projeto; costumam ter a necessidade de controlar de forma duradoura as situações; em suas relações interpessoais, tendem a ser cansativas, às vezes repetitivas e monótonas; raramente falam de temas que emocionam os outros e, quando colocadas em posição de expressar sentimentos, costumam falar sobre o sentimento e não sobre senti-lo. Para elas, as expressões de subjetividade e afetividade estão associadas com imaturidade e, uma vez que supervalorizam a racionalidade, sentem-se humilhadas quando acreditam ter se comportado de modo infantil (APO, 2006). No entanto, é possível que exista alguma área em que se permitem dar vazão aos sentimentos, por exemplo, no apreço à música, à arte, à literatura, ao cinema, a coleções, etc.

As pessoas com transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) têm problemas

com a própria agressividade (Svartberg & McCullough, 2010). Certo grau de sadismo, manifestado por meio da superexigência em relação aos outros, mas também em relação a si mesmos (masoquismo), faz parte do seu estilo de ser. São racionais e práticos, mas têm grandes dificuldades em se desfazer mesmo de coisas gastas e sem valor, tendem a colecionar. Podem ser obcecados por ordem e limpeza. São indecisos e costumam ruminar suas dúvidas. Seu estilo cognitivo (Shapiro, 1965) tende a ser focado em detalhes e limitado em mobilidade, flexibilidade e amplitude, o que interfere na espontaneidade. Além disso, sua excessiva atividade (sentem-se facilmente culpados e se recriminam quando não estão fazendo nada) muitas vezes está associada a um senso distorcido de autonomia no qual o relaxamento é visto como perda do controle.

Costumam oscilar entre a dúvida e o dogma. Na medida em que se prendem aos detalhes (às vezes insignificantes), qualquer mudança pode interferir na visão que têm do todo. O dogma tem a função de evitar quaisquer dúvidas e incertezas. Autores cognitivistas (Beck, Freeman, & Davis, 2005) descrevem o pensamento dessas pessoas como dicotomizado: tudo ou nada. Declaram, ainda, que o pensamento tende a ser moralista e dominado pelo "precisa" e o "deve", e que apresentam esquemas desadaptativos em relação à perfeição e ao controle. Quando pessoas com TPOC ocupam funções com algum nível de poder, tendem a exercer controle e a exigir perfeccionismo em relação ao que seus subordinados fazem, o que facilmente sacrifica a criatividade e impede o surgimento de inovações e mudanças (McWilliams, 2006). Podem ser mesquinhas e vingativas. Em alguns casos, procuram se livrar de sua obsessividade e compulsividade rompendo com algumas expectativas, ainda que precisem fazer muito esforço para relaxar (às vezes tornam-se adeptas de práticas de meditação, *zen* budismo, *mindfulness*, etc.[17]) como tentativa de "desligar" os pensamentos.

Seu estilo comunicacional tende a ser monótono, com tom de voz baixo, temem chamar atenção sobre si; procuram ser racionais, lógicas, pragmáticas, sendo refratárias a temas afetivos. Suas preferências políticas, ideológicas e artísticas geralmente refletem a tradição e o conservadorismo; às vezes podem ser reacionárias. Profissões envolvendo a Lei e a Ética ou as Forças Armadas são para bastante atrativas, pois aparentemente definem com mais clareza o que é certo (legal) e o que é errado (ilegal); tendem a alimentar uma obediência quase cega à autoridade (Benjamin, 1996). Eventualmente as pessoas com TPOC podem se rebelar, tornando-se passivo-agressivas. Podem ser incansáveis e determinadas na busca de suas realizações, porém, quando suas conquistas estão aquém de suas aspirações (não foram perfeitas), sentem-se deprimidas, pois são muito rigorosas nas cobranças consigo mesmas (se não alcançam seus altos padrões, sentem-se fracassadas) (McWilliams, 2006). O dinheiro também pode ser visto como representante do controle (quem tem dinheiro é detentor de poder); revisam várias vezes suas tarefas e as dos demais; projetam sua insegurança nos outros, vendo-os também como incapazes e despreparados; minimizam suas conquistas a fim de não despertar a inveja alheia, são contidas, humildes e modestas, mas, quando adquirem poder, é possível que se transformem em pessoas excessivamente exigentes e até sádicas com os demais; não aceitam ou perdoam falhas ou fracassos facilmente; às vezes, não conseguem entregar um trabalho ou finalizar um projeto, uma vez que ele sempre poderia ficar melhor; tendem a procrastinar; temem situações de prazer ou nas quais fortes emoções possam vir a ser experimentadas (p. ex., convívio com amigos e familiares); as emoções são minuciosamente planejadas a ponto de definirem no calendário exatamente os dias em que se "permitem" relaxar e se divertir. Tendem a ser viciadas no trabalho (*workaholics*) como desculpa para evitar relações mais íntimas com família e amigos. Obsessivos estão sempre pensando, raciocinando, julgando e duvidando, ao passo que os compulsivos estão cronicamente fazendo e desfazendo coisas: limpando, colecionando, arrumando (APO, 2006). Checar e rechecar, planejar e replanejar são tentativas de alcançar a perfeição e, uma vez que isso nunca é alcançado, não há espaço em seu psiquismo para o "descanso do guerreiro" ou para a satisfação por um trabalho realizado (Benjamin, 1996).

Acreditam no poder das palavras. Como mecanismos defensivos, para tentar recuperar algum controle perdido, geralmente usam de anulação, intelectualização, racionalização; o pensamento às vezes onipotente costuma ter

[17] Alguns casos de uso "recreativo" de maconha ou de álcool, por exemplo, parecem ter com frequência o objetivo de permitir que a pessoa finalmente consiga "relaxar".

características mágicas (acreditam que fazendo algum gesto ou ritual um pensamento ou intenção irão se desafazer). O pensamento ruminativo é anticriativo, dificilmente conseguem adotar uma maneira mais ampla de enxergar determinados acontecimentos, podendo ser obtusos (McWilliams, 2006); conseguem enxergar a árvore, mas dificilmente veem a floresta. Falta jogo de cintura; literalmente podem apresentar uma espécie de rigidez corporal ao mesmo tempo em que nenhum fio de cabelo pode estar "fora do lugar"; parecem ter problemas com a sensualidade e o corpo (podem ter domínio e facilidade em esportes, mas dificuldades com a dança e a sensualidade).

Do ponto de vista de seu desenvolvimento psicológico, foram desde cedo ensinados a seguir as regras e a se comportar bem. Independentemente das teorias que destacam a rigidez e a disciplina punitiva na transmissão de ensinamentos e uma possível fixação na etapa anal (Freud), o que parece ter prevalecido é que a atenção dos pais estava muito mais centrada no apontamento do erro e nunca no elogio ou no reconhecimento do sucesso. Eram punidas por não serem perfeitas e não foram recompensadas (afetivamente) quando obtiveram sucesso (Benjamin, 1996).

Subtipos (APO, 2006)

- **Obsessivo:** ruminativo, cerebral, autoestima depende do pensar, das conquistas intelectuais.
- **Compulsivo:** comprometido, meticuloso, perfeccionista, autoestima depende de fazer, das conquistas práticas.

Transtorno da personalidade dependente: "sozinho eu não consigo"

Clinicamente, pessoas com transtorno da personalidade dependente (TPD) costumam ter uma visão de si diferente, quando não oposta, à que as pessoas mais íntimas têm delas: "são emocionalmente fortes, mas parecem se esforçar para parecer fracas". Em certo sentido, organizam suas vidas de modo que constantemente precisam de apoio e orientação, colocando-se em posição submissa e necessitada (Bornstein, 2010). Sentem-se ansiosas quando não estabelecem esse tipo de relacionamento. Suas preocupações centram-se ao redor do medo da crítica e do abandono, tornando-se apreensivas ante desafios (APO, 2006). Uma necessidade não consciente de manter as outras pessoas sob controle, seja por meio da culpa, da pena ou mesmo de uma relação ambivalente (de amor e ódio), marca as relações interpessoais dos indivíduos com TPD. Doenças crônicas (algumas incapacitantes), como pressão arterial desregulada, cardiopatia, asma e obesidade, tendem a estar associadas a esse perfil de personalidade (um estilo psicossomático de viver). Tendem a negligenciar a própria saúde. Por vezes, as doenças são inconscientemente utilizadas para manter próximos os cuidadores (mães simbióticas desde muito cedo "ensinam" seus bebezinhos que pode ser perigoso se afastar delas). Em um nível neurótico, as pessoas dependentes costumam buscar tratamento por volta da meia-idade ou depois de uma perda ou separação (APO, 2006). Problemas conjugais frequentemente se manifestam; sua vida afetiva e sexual é praticamente inexistente (falta-lhes iniciativa nessas áreas), pois são passivas em relação a buscar cuidar da própria vida. Costumam definir a si mesmas sobretudo em relação aos outros e buscam segurança e satisfação predominantemente em contextos interpessoais ("eu sou esposa do João", "quando ele está bem, eu também estou") (APO, 2006). Costumam ser excessivamente otimistas, mesmo na ausência de razões para isso, pois creem que sempre haverá alguém para lhes salvar em situações difíceis (Benjamin, 1996). Tendem a ser ansiosas, já que depositam nas outras pessoas a fonte da atividade, deixando de ter as rédeas da própria vida em suas mãos; estão constantemente precisando ser guiadas e orientadas; sua psicologia é por definição anaclítica (*relatedness*) mais do que introjetiva (*self-definition*) (Blatt, 2010); têm dificuldades para tomar decisões (receio de mostrar abertamente o que querem e o que são, por temerem ser criticadas ou abandonadas). Quando aquela pessoa em que depositaram sua vida (que assumiu a responsabilidade por escolhas, decisões, planejamentos, etc.) faltar e não conseguirem encontrar um substituto a tempo, não é raro se desorganizarem mentalmente (sintomas como confusão mental, esquecimentos, medos infundados, somatização, entre outros, podem surgir).

Em algumas culturas, ter uma personalidade dependente pode ser adaptativo, mas no mundo ocidental, no qual o pensamento independente e as realizações individuais são valorizados, uma orientação dependente pode ser problemática (APO, 2006). Indivíduos com TPD idealizam de forma exagerada os demais, podendo se submeter ou tolerar situações de abuso desde que suas

necessidades de proteção, cuidado ou orientação sejam minimamente atendidas (Benjamin, 2003); são inseguros (parecem não ter sido incentivados a desenvolver competências e habilidades) e, por isso, às vezes provocam a irritação de outras pessoas (principalmente com relação a sua passividade e falta de iniciativa); em algumas ocasiões mais raras (ameaças de perda do suprimento afetivo), podem declaradamente ameaçar prejudicar a própria vida, mas assim que aquela relação se reestabelece desaparece tal ideação; parecem não ter opinião própria sobre nada (podem ser conhecidos como "Maria vai com as outras" ou "café com leite").

Esse diagnóstico não é exclusivo das mulheres, porém, elas parecem reconhecer mais facilmente sua dependência (APO, 2006). As origens desse perfil de funcionamento da personalidade podem estar associadas a um período prévio na vida (infância) no qual o mundo foi apresentado como perigoso. Na infância, os pais geralmente estenderam para além do tempo necessário o oferecimento de proteção e cuidado adequado às necessidades desenvolvimentais do filho (Benjamin, 1996). Em termos etiológicos, pais superprotetores e/ou autoritários, assim como atitudes culturais e sociais ligadas ao papel de gênero e a socialização que consideram conquistas *versus* relações tendem a contribuir para o surgimento do TPD.

Subtipos (APO, 2006)

- **Passivo-agressivo:** nesses casos, é frequente uma tendência a punir inconscientemente os outros. De alguma forma, parecem ressentidos de ser dependentes de outra pessoa, ao mesmo tempo em que não conseguem separar-se psicologicamente dela. Esse tipo também se define a partir das relações que estabelecem, mas frequentemente por meio de valências negativas ("sou casado com uma vaca"). Às vezes existe uma atordoante ingenuidade do paciente a respeito da hostilidade que exala.
- **Contradependente (pseudoindependência):** manifestações latentes: aqui fenomenologicamente ocorre algo interessante. Definem seus relacionamentos como se os outros é que dependessem deles, enquanto se orgulham de não precisar de ninguém. Costumam ver as necessidades de dependência dos outros, bem como as suas, com desprezo. Às vezes têm uma área secreta de dependência – drogas, um(a) parceiro(a), um líder, uma ideologia, e alguns apresentam uma tendência a ficar doentes a fim de legitimar uma razão para serem cuidados pelos outros.

Transtorno da personalidade evitativa: "eu aqui e eles lá"

Classicamente, na literatura psicodinâmica, essas pessoas foram descritas como fóbicas (Fenichel, 1945/1981). O que clinicamente se observa nelas é que o medo domina suas vidas. É como se o mundo e as pessoas "lá fora" fossem perigosos. Evitam ativamente situações, relações interpessoais, oportunidades (trabalho, viagens, etc.), em razão de acreditar (consciente e inconscientemente) que sofrerão algum dano. Essas pessoas costumam restringir suas vidas de modo significativo (Beck, Freeman, & Davis, 2005). Em determinadas áreas da experiência humana, estão consideravelmente empobrecidas. Com frequência os indivíduos com transtorno da personalidade evitativa (TPEv) são solitários, hipersensíveis, disfóricos e temem a rejeição e a humilhação (Millon & Davis, 1999). Desejam a aceitação, mas defensivamente se afastam das pessoas por medo da rejeição e do ataque (Benjamin, 1996).

Muitas vezes suas decisões são motivadas por pensamentos de que um objeto (elevador, escada rolante, computadores, ambientes amplos, etc.) ou situação (viajar, trabalhar, namorar, etc.) são perigosos. Lidam com sua ansiedade depositando-a sobre objetos animados ou inanimados do mundo externo, os quais lhe causam aversão. Estando longe desses objetos, pessoas ou situações, acreditam que estarão protegidos do perigo. Têm dificuldades em reconhecer os perigos internos (raiva, excitação, culpa, etc.), o que faz com que nem sempre consigam acessar o que se passa em seus estados emocionais, cognitivos e afetivos. Localizam mais facilmente suas dificuldades na realidade material e concreta, mas dificilmente na realidade psíquica (Millon & Davis, 1999). Por exemplo, em termos de economia psíquica, é mais fácil ter medo de dirigir (voar de avião, sair de casa, ou qualquer outro sintoma) do que enxergar, pensar e elaborar conflitos com os pais (p. ex., fracassos no processo de separação-individuação dos objetos de apego da infância).

A associação entre esse diagnóstico e os transtornos de ansiedade (generalizada, específica, fobias, etc.) tem sido descrita, e alguns acreditam se tratar de formas diferentes de apresentação de uma mesma psicopatologia (Herbert, 2010). No caso da fobia social, o que parece mais evidente é o medo de ter um mau desempenho em

situações sociais, ao passo que a pessoa com TPEv essencialmente tem problemas nas relações com os outros (Millon & Davis, 1999). Diferentemente dos fóbicos sociais, que sofrem por não conseguir aproveitar as oportunidades de socialização, as personalidades evitativas sentem-se muito bem (e até aliviadas) em ficar sozinhas em casa.

Conforme o tempo em que se encontram nessa situação e a gravidade dos sintomas, não é incomum que tenham obtido algum ganho secundário e que estejam bastante adaptadas a restrições autoimpostas. Alguns indivíduos com o transtorno são fortes adeptos das redes sociais virtuais, pois oferecem oportunidade de acesso às pessoas, mas permitem um maior controle (conseguem regular melhor proximidade-afastamento) por meio dessas interações, em que, inclusive, podem "assumir" outras identidades.

Seu estilo comunicacional tende a revelar sinais mais evidentes de medo ou de insegurança ante novas experiências. Aventa-se que, em seu desenvolvimento psicológico, foi dada alta importância à opinião das outras pessoas (não apenas membros da família). Tentativas de autonomia, bem como falhas, erros e enganos teriam sido motivo de humilhação, ridicularização e exclusão. Mesmo não recebendo o apoio ou o suporte familiar, era exigido que mantivessem lealdade inquestionável em relação à família e constante suspeição em relação aos "de fora", aos "estranhos" (Benjamin, 1996).

OUTRAS QUESTÕES IMPORTANTES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto até aqui, acreditamos ter transmitido, àqueles que se dedicam à difícil e desafiadora tarefa de diagnosticar a personalidade, informações que ajudem a transpor algumas barreiras quanto ao acesso sobre o que se passa interna e externamente com indivíduos com patologias da personalidade. De modo algum as informações esgotam o tema da avaliação psicodiagnóstica da personalidade e dos TPs. Inúmeras outras formas de apreender o problema da personalidade e seus transtornos estão disponíveis, e cada um escolherá aquele(s) que melhor atender às suas necessidades. Esperamos, contudo, que os conhecimentos aqui disponibilizados possam integrar tais avaliações, pois, quanto melhor estivermos preparados para o diagnóstico dessas psicopatologias, mais rapidamente os pacientes serão assistidos e teremos mais condições para melhorar sua qualidade de vida.

Em vários dos transtornos apresentados, buscamos exemplificar aspectos psicodesenvolvimentais que interferem na formação da personalidade, como situações de vulnerabilidade ambiental a que muitas dessas pessoas estiveram expostas.[18] Isso, no entanto, não deve ser interpretado como justificativa para eximi-las de responsabilidade que possam ter em relação a algum fato cotidiano. Em outras palavras, se uma pessoa, por exemplo, com TPP tirar a vida de alguém por acreditar estar sendo traída, ou com TPB agir de modo impulsivo e descontrolado e atropelar e matar alguém, o fato de ter o transtorno não deveria isentá-las das responsabilidades legais, penais, por esses crimes. Não obstante a complexidade desse tema, histórias de vida marcadas por situações de violência, crueldade, abusos ou agressões poderiam *explicar* por que essas pessoas têm a personalidade que têm (ou seja, por que sentem, pensam, se comportam e se relacionam de determinada forma), mas não deveriam servir para *justificar* seus atos.

Outro ponto que gostaríamos de destacar é o tratamento. Pensamos que o cenário exige algumas breves considerações. O modelo público de gestão em saúde mental tem privilegiado, para o tratamento dos transtornos mentais, abordagens medicamentosas e, na melhor das hipóteses, as psicoterapêuticas rápidas (de duração breve), portanto, mais baratas. O modelo de *managed care* (manejo), que pode ter seu valor reconhecido para outras psicopatologias, não tem se mostrado efetivo com pacientes com TPs (Leichensiring, 2010; Westen, 2006). As pessoas com TPs frequentemente necessitam de *tratamentos psicoterápicos* mais longos (e medicamentos quando indicado) para um efetivo esbatimento de seus sintomas e melhores funcionamento e adaptação psicológica e social (em especial em suas capacidades para amar e ser socialmente produtivas). Epidemiologicamente, indivíduos com TPs representam cerca de 10% da população geral (Lenzemweger & Clarkin, 2005), mas, em contextos clínicos, esses índices podem ser superiores a 50% (Clarkin et

[18] Inúmeros pensadores têm apontado que vivemos uma crise de valores morais e que a capacidade de exercer adequadamente a maternidade e a paternidade parece estar consideravelmente comprometida (ver Dalrymple, 2012; Lasch, 1992). Nessa direção, Bateman e Holmes (1995) lembram que, quando a infância é negligenciada, as sociedades costumam pagar um alto preço.

al., 2010; Kernberg, 1995a). Portanto, não é porque o tratamento é complexo, pode ser caro (mesmo no setor público se deveria oferecer condições para que os profissionais tivessem um adequado treinamento clínico, incluindo supervisão, seminários, etc.) e às vezes de longa duração, que o psicodiagnóstico não deva contemplar a avaliação da personalidade.[19]

Conforme mencionado, caso não se dedique a devida atenção às pessoas com problemas em sua personalidade, e o psicodiagnóstico é passo fundamental nesse processo, corre-se o risco de que os serviços de saúde mental estejam constantemente contabilizando o regresso de seus pacientes cada vez com maiores prejuízos. Além disso, é possível que a sociedade torne-se descrente dos profissionais da área da saúde mental (alimentando, assim, a busca por soluções mágicas), ao passo que estes podem não se sentir de fato, em condições para ajudar seus pacientes.

REFERÊNCIAS

Adler, G. (1985). *Borderline: Psychopathology and its treatment.* New Jersey: Jason Aronson.

Akhtar, S. (1992). *Broken Structures: Severe personality disorders and their treatment.* New Jersey: Jason Aronson.

Alliance of Psychoanalytic Organizations (APO). (2006). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM.* New York: International Psychoanalytic Association.

Alves, I. C. B., & Esteves, C. (2004). O teste palográfico na avaliação da personalidade. Manual técnico. São Paulo: Vetor.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

American Psychological Association (APA). (2013). Working with immigrant-origin clients: An update for mental health professionals. Washington: APA.

Bach, S. (1985). Narcissistic states and the therapeutic process. New Jersey: Jason Aronson.

Bartz, J., Kaplan, A., & Hollander, E. (2010). Transtorno de personalidade obsessiva-compulsiva. In W. O'Donohue, K. Fowler, & S. Lilienfled, *Transtornos de personalidade: Em direção ao DSM-V.* São Paulo: Rocca.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2005). *Psicoterapia para el transtorno limite de la personalidade: Tratamiento basado em la mentalización.* Mexico: Universidad de Guadalajara.

Bateman, A., & Holmes, J. (1995). *Introduction to psychoanalysis: Contemporary theory and practice.* London: Routledge.

Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade.* Porto Alegre: Artmed.

Bellak, L., & Abrams, D. M. (2010a). *CAT-A: Teste de apercepção infantil: Figuras de animais.* São Paulo: Vetor.

Bellak, L., & Abrams, D. M. (2010b). *CAT-A: Teste de apercepção infantil: Figuras de animais.* São Paulo: Vetor.

Bellak, L., & Abrams, D. M. (2014). *SAT: Técnica de apercepção para idosos.* São Paulo: Vetor.

Benjamin, L. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders.* London: Guilford.

Bernstein, D., & Useda, J. (2010). Transtorno de personalidade paranoide. In W. O'Donohue, K. Fowler, & S. Lilienfled, S, *Transtornos de personalidade: Em direção ao DSM-V.* São Paulo: Rocca.

Berry, D., Baer, R., Rinaldo, J., & Wetter, M. (2002). Assessment of malingering. In J. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment.* London: Oxford University.

Beutler, L., Harwood, M., & Holaway, R. (2002). How to asses clients in pretreatment planning. In J. Butcher (Ed.), Clinical personality assessment. London: Oxford University.

Bigras, M., & Dessen, M. A. (2002). O Método Q na avaliação psicológica: Utilizando a família como ilustração. *Avaliação Psicológica, 1*(2), 119-131.

Bion, W. (1988). Sobre a arrogância. In W. Bion, *Estudos psicanalíticos revisados.* Rio de Janeiro: Imago.

Blatt, S. (2010). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process.* Washington: APA.

Bleiberg, E. (2004). *Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach.* London: Guilford.

Bornstein, R. (2010). Transtorno de personalidade dependente. In W. O'Donohue, K. Fowler, & S. Lilienfled, *Transtornos de personalidade: Em direção ao DSM-V.* São Paulo: Rocca.

Breuer, J., & Freud, S. (1974). *Estudos sobre hysteria. Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1895.

Buck, J. N. (2003). *H-T-P: Casa-Árvore-Pessoa. Técnica projetiva de desenho: Manual e guia de interpretação.* São Paulo: Vetor.

Bunchaft, G. (1995). O conceito de projeção e sua relação com os testes projetivos: Uma revisão da literatura. *Revista do Círculo Brasileiro de Psicanálise, 3*, 22-27.

Bursten, B. (1973). *The manipulator: A psychoanalytic view.* Yale: Yale University.

Buss, D. (1999). Human nature and individual differences. In L. Pervin, & O. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research.* London: Guilford.

Butcher, J. (2002). *Clinical personality assessment: Practical approaches.* New York: Oxford University.

Caligor, E., Kernberg, O., & Clarkin, J. (2008). *Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade.* Porto Alegre: Artmed.

Carvalho, L. F., Primi, R., & Stone, G. E. (2014). Psychometric properties of the Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) using the Rating Scale Model. *Avances en psicología latinoamericana, 32*(3), 433-446.

Carvalho, O. (2013). *O mínimo que você precisa saber para não ser um idiota.* São Paulo: Record.

Cassidy, J., & Shaver, P. (2010). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications.* London: Guilford.

[19] Mesmo em contextos forenses, a solicitação de consultoria e avaliação psicológicas muitas vezes se restringe às funções intelectivas (e executivas), ficando a personalidade e os TPs esquecidos em uma espécie de limbo entre a psicologia e a psiquiatria. Isso sem mencionar o movimento antipsiquiátrico ou antimanicomial, que tem determinado as políticas públicas de saúde mental no Brasil, e que, por princípios, abomina *a priori* qualquer forma de classificação diagnóstica.

Chasseguet-Smirgel, J. (1991). *Ética e estética da perversão*. São Paulo: Artes Médicas.

Chasseguet-Smirgel, J. (1992). *O ideal do ego*. São Paulo: Artes Médicas.

Cicchetti, D., & Cohen, D. (1995). *Developmental psychopathology*. New York: John Wiley & Sons.

Clarkin, J., Fonagy, P., & Gabbard, G. (2010). Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook. New York: APA.

Clarkin, J., Yeomans, F., & Kernberg, O. (2006). Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations. New York: APA.

Cloninger, R., Adolfsson, R., & Svrakic, N. (1996). Mapping genes for human personality. Nature Genetics, 12(1), 3-4.

Conklin, C., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry, 162*(5), 867-875.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2003). *Resolução CFP nº 002/2003*. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/03/resolucao2003_02_Anexo.pdf

Costa, F. R. (2009). *CPS: Escalas de personalidade de Comrey* (3. ed.). São Paulo: Vetor.

Dalrymple, T. (2014). *A vida na sarjeta: O círculo vicioso da miséria moral*. São Paulo: Realizações.

Diguer, L., Hébert, É., Gamache, D., Laverdière, Ol., Daoust, J-P., & Pelletier, S. (2006). *Personality Organization Diagnostic Form (PODF): Manual for scoring* (Manuscrito não-publicado, Université Laval, Québec).

Diguer, L., Normandin, L., Hébert, É. (2001). *The Personality Organizations Diagnostic Form (PODF): Revised version* (Manuscrito não-publicado, Université Laval, Québec).

Dolan-Sewell, R., Krueger, R., & Shea, M. (2001). Co-occurrence with syndrome disorders. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. London: Oxford University.

Ekleberry, S. (2009). *Integrated treatment for co-occuring disorders: Personality disorders and addiction*. London: Routledge.

Endler, N., & Parker, J. (2002). Assessing a patient's ability to cope. In J. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment*. London: Oxford University.

Exner, Jr, J. E. (1999). *Manual de classificação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Exner, Jr. J. E., & Sedin, C. (1999). *Manual de interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (2013). Questionário de Personalidade para Crianças e Adolescentes (EPQ-J). São Paulo: Vetor.

Fenichel, O. (1981). *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro: Atheneu. Originalmente publicado em 1945.

Ferreira, V. R. T., & Mousquer, D. N. (2004). Observação em psicologia clínica. Revista de Psicologia da UnC, 2(1), 54-61.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997a). Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders: Clinician version (SCID-CV). Washington: APA.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997b). Structured clinical interview for DSM-IV-TR personality disorders, (SCID-II). Washington: APA.

Flores-Mendoza, C. (2008). Inventário de Personalidade NEO Revisado NEO PI-R- Manual. São Paulo: Vetor.

Fonagy, P. & Target, M. (2003). Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology. London: Routledge.

Fonagy, P., & Target, M. (1996). Brincando com a realidade I: Teoria da mente e o desenvolvimento normal da realidade psíquica. In P. Fonagy, & M. Target, A Escuta, a transferência e o brincar: Livro anual de Psicanálise. São Paulo: Escuta.

Gabbard, G. (2006). Psiquiatria psicodinâmica na pratica clínica. Porto Alegre: Artmed.

Gabbard. O., & Wilkinson, S. (2000). Management of counter transference with borderline patients. London: Jason Aronson.

Goldfired, M. R., & Kent, R. N. (1972). Traditional versus behavioral personality assessment a comparison of methodological and theoretical assumptions. Psychological Bulletin, 77(6), 409-420.

Guntrip, H. (1976). Schizoid phenomena, object relations and the self. New York: International University.

Hare, R. (1993). Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us. London: Guilford.

Herbert, J. (2010). Transtorno de personalidade esquiva. In W. O'Donohue, K. Fowler, & S. Lilienfled, Transtornos de personalidade: Em direção ao DSM-V. São Paulo: Rocca.

Hutz, C. S., & Nunes, C. H. S. S. (2001). Escala fatorial de neuroticismo. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Jacquemin, A. (2000). *O BBT-Br: Teste de fotos de profissões: Normas, adaptação brasileira, estudos de caso*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Jacquemin, A., Okino, E. T. K., Noce, M. A., Assoni, R. F., & Pasian, S. R. (2006). *O BBT-Br Feminino. Teste de Fotos de Profissões: Adaptação brasileira, normas e estudos de caso*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Kancyper, L. (1999). *Ressentimento e remorso: Estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kernberg, O. (1995a). *Transtornos graves de personalidade: Estratégias psicoterapêuticas*. São Paulo: Artes Médicas.

Kernberg, O. (1995b). *Agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões*. São Paulo: Artes Médicas.

Kernberg, O. (1995c). *Psicopatologia das relações amorosas*. São Paulo: Artes Médicas.

Kernberg, O. (2000). *Ideologia conflito e liderança nas instituições*. Porto Alegre: Artmed.

Kernberg, O. (2006). *Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação terapêutica*. Portugal: Climepsi.

Kernberg, O., & Yeomans, F. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of Menninger Clinic, 77(1)*, 1-22.

Kernberg, P. (2000). Developmental aspects of normal and pathological narcissism. In E. Ronningstam, Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical and empirical implications. London: Jason Aronson.

Kernberg, P., Weiner, A., & Bardenstein, K. (2003). Transtornos de personalidade em crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed.

Kernberg, O. (1989). Mundo interior e realidade exterior. Rio de Janeiro: Imago.

Kernberg, O. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. São Paulo: Artes Médicas.

Kilhstrom, J. (1999). The psychological unconscious. In L. Pervin, & O. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research*. London: Guilford.

Klein, M. (1996). *Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1946.

Kohut, H. (1988a). *A restauração do self*. Rio de Janeiro: Imago.

Kohut, H. (1988b). *Analise do self*. Rio de Janeiro: Imago.

Kroll, J. (1988). *The challenge of the borderline patient: Competency in diagnosis and treatment*. New York: WW Norton.

Lackhar, J. (1992). The narcissistic/borderline couple: A psychoanalytic perspective on marital treatment. New York: Brunner.

Lasch, C. (1983). *A cultura do narcisismo: A vida americana numa era de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro: Imago.

Lasch, C. (1992). *Refúgio num mundo sem coração: A família: Santuário ou instituição sitiada?* São Paulo: Paz e Terra.

Leichensiring, F. (2010). *Evidence for psychodynamic psychotherapy in personality disorders: A review*. In J. Clarkin, P. Fonagy, & G. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*. New York: APA.

Leme, I. F. A. S., Rabelo, I. S., & Alves, G. A. S. (2013). *IFP II: Inventário Fatorial de Personalidade – Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lenzemweger, M., & Clarkin, J. (2005). *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford.

Levy, K. (2011). Subtypes, dimensions, levels and mental states in narcissism and narcissistic personality disorders. *Journal of Clinical Psychology, 68*(8), 886-897.

Liberman, D. (1976). *Comunicacion y psicoanalisis*. Buenos Aires: Alex.

Linehan, M. (2010). Terapia cognitivo-comportamental para transtornos da personalidade borderline. Porto Alegre: Artmed.

Marin-Avellan, L. E., McGauley, G., Campbell, C., & Fonagy, P. (2005). Using the SWAP-200 in a personality-disordered forensic population: Is it valid, reliable and useful? *Criminal Behaviour and Mental Health, 15*(1), 28-45.

Martinelli, S. C., & Sisto, F. F. (2006). Escalas feminina e masculina de autocontrole. São Paulo: Vetor.

Masterson, J. (1976). Psychotherapy of the borderline adult. New York: Brunner-Mazel.

McWilliams, N. (2006). Diagnóstico psicanalítico. Lisboa: Climepsi.

Melo, N. M. M., & Rangé, B. P. (2010). *SCID-II-DSM-IV: Entrevista clínica estruturada para transtornos de personalidade*. Anais da 8ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, 67. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Meloy, R. (1992). *The psychopathic mind: Origins, dynamics, and treatment*. New York: Jason Aronson.

Meloy, R., & Yekeley, J. (2010). Psychodynamic psychotherapy for antisocial personality disorder. In J. Clarkin, P. Fonagy, & G. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*. New York: APA.

Millon, T., & Davis, R. (1999). *Transtornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Mira, A. M. G. (2014). *Psicodiagnóstico miocinético: PMK*. São Paulo: Vetor.

Mitchell, S., & Black, M. (1995). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. New York: Basic Books.

Mollon, P. (1994). *The fragile self: The structure of narcissistic disturbance*. London: Routledge.

Morana, H. C. P. (2004). *Escala Hare PCL-R: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Murray, H. A. (2005). *TAT: Teste de apercepção temática: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nascimento, R. S. G. F. (2010). *Sistema Compreensivo do Rorschach: Teoria, pesquisa e normas para a população brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nathanson, D. (1987). *The many faces of shame*. New York: Guilford.

Nunes, C. H. S. S., & Hutz, C. S. (2007a). Escala fatorial de extroversão: Manual técnico. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nunes, C. H. S. S., & Hutz, C. S. (2007b). Escala fatorial de socialização: Manual técnico. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria fatorial de personalidade (BFP): Manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

O'Donohue, W., Fowler, K., & Lilienfled, S. (2010). *Transtornos de personalidade: Em direção ao DSM-V*. São Paulo: Rocca.

Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2011). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety, 1*(1), 1-7.

Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2013). *Formulário diagnóstico da organização da personalidade* (Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origens of human emotions*. London: W. W. Norton.

Paris, J. (2008). Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice. London: Guilford.

Pasian, S. R. (2010). O psicodiangóstico de Rorschach em adultos: Atlas, normas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pinto, E. R. (2014). Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. *Ágora, 17*(1), 135-153.

Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: Fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(n. especial), 25-35.

Reisfeld, S. (2005). *Tatuajes: Una mirada psicoanalitica*. Buenos Aires: Paidos.

Ronningstam, E. (2000). *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical and empirical implications*. London: Jason Aronson.

Rosenfeld, H. (1988). *Impasse e interpretação: Fatores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteiriços*. Rio de Janeiro: Imago.

Rueda, F. J. M., & Ávila-Batista, A. C. (2013). *ESAVI: Escala de avaliação da impulsividade formas A e B*. São Paulo: Vetor.

Ryle, A., & Kerr, I. (2006). *Psicoterapia cognitiva analítica: Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Schore, A. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York: Norton.

Searles, H. (1994). *My work with borderline patients*. New Jersey: Jason Aronson.

Shapiro, D. (1965). *Los estilos neuróticos: Obsesivo-compulsivo, paranoico, histérico e impulsivo*. Buenos Aires: Psique.

Sisto, F. F. (2004). *Escala de traços de personalidade para crianças: ETPC*. São Paulo: Vetor.

Sisto, F. F. (2010). *Escala de avaliação de tendência a agressividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sisto, F. F., & Martinelli, S. C. (2004). *Escala de autoconceito infantil juvenil (EAC-IJ)*. São Paulo: Vetor.

Sowell, T. (2012). *Intelectuais e a sociedade*. São Paulo: Realizações.

Spielberger, C. D. (2010). *STAXI-2: Inventário de expressão de raiva como estado e traço*. São Paulo: Vetor.

Steiner, J. (1987). *Refúgios psíquicos: Organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteiriços*. Rio de Janeiro: Imago.

Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., ... Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment, 92*(1), 35-44.

Stern, B. L., Caligor, E., Roose, S. P., & Clarkin, J. F. (2004). The Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Reliability and validity. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 52*, 1223-1224.

Stone, M. (1990). *The fate of borderline patients: Successful, outcome and psychiatric practice*. London: Guilford.

Svartberg, M., & McCullough, L. (2010). Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva. In W. O'Donohue, K. Fowler, & S. Lilienfled, *Transtornos de personalidade: Em direção ao DSM-V*. São Paulo: Rocca.

Tavares, M. (2007a). A entrevista estrutura para o DSM-IV. In J. A. Cunha, *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Tavares, M. (2007b). A entrevista clínica. In J. A. Cunha, *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Trull, T. J., Widiger, T. A., Useda, J. D., Holcomb, J., Doan, B. T., Axelrod, S. R., ... Gershuny, B. S. (1998). A structured interview for the assessment of the five-factor model of personality. *Psychological Assessment, 10*(3), 229-240.

Twenge, J., & Campbell, W. (2009). *Living in the age of entitlement: The narcissism epidemic*. New York: Free.

Vaz, C. E. (2002). *Z - Técnica de Zulliger: Forma coletiva*. São Paulo: Casa do Psicológo.

Vaz, C. E. (2006). *O Rorschach: Teoria e desempenho II: Manual*. São Paulo: Casa do Piscólogo.

Villemor-Amaral, A. E. (2012). *As pirâmides coloridas de Pfister*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Villemor-Amaral, A. E. (2014). *As pirâmides coloridas de Pfister: Versão para crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Villemor-Amaral, A. E., & Pasqualini-Casado, L. (2006). A cientificidade das técnicas projetivas em debate. *Psico-USF, 11*(2), 185-193.

Villemor-Amaral, A. E., & Primi, R. (2009). *Zulliger no Sistema Compreensivo: ZSC. Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Volkan, V. (1988). *The need to have enemies & allies: From clinical practice to international relationships*. New Jersey: Jason Aronson.

Wechsler, S. M. (2001) Princípios éticos e deontológicos na avaliação psicológica. In L. Pasquali (Org.), *Técnicas de exame psicológico*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Wellausen, R. S. (2014). *Adaptação e validação do Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) para o Brasil: Avaliação dos transtornos de personalidade* (Tese de Doutorado não-publicada, Unversidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Wellausen, R., & Bandeira, D. (2010). O tipo de vinculo entre pais e filhos está associado ao desenvolvimento de comportamento antissocial? *Interamerican Journal of Psychology, 44*(3), 498-506.

Wellausen, R., & Trentini, C. (2015). É preciso diagnosticar patologias de personalidade? *Revista Brasileira de Psicoterapia, 17*(1), 54-68.

Westen, D. (1997). Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: Implications for research and evolution of axis II. *American Journal of Psychiatry, 154*(7), 895-903.

Westen, D. (2006). Discovering what works in the community: Toward a genuine partnership of clinicians and researchers. In S. Hoffman, & J. Weinberger (Eds.), *The art and science of psychotherapy*. London: Routledge.

Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *The American Journal of Psychiatry, 156*(2), 258-272.

Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry, 156*(2), 273-285.

Westen, D., & Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(4), 810-822.

Westen, D., Feit, A., & Zittel, C. (1999). Methodological issues in reseach using projective methods. In P. Kendall, J. Butcher, & G. Holmbeck (Eds.), *Handbook of Research methods in clinical psychology*. New York: John Wiley & Sons.

Westen, D., Gabbard, G., & Blagov, P. (2006). Back to the future: Personality structure as a context for psychopathology. In R. Krueger, & Tackett (Eds.), *Personality and psychopathology*. New York: Guilford.

Westen, D., Mudorrisoglu, S., Fowler, C., Shedler, J., & Koren, D. (1997). Affect regulation and affective experience: Individual differences, group differences, and measurement using a Q-sort procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 429-439.

Widiger, T., & Coker, L. (2002). Assessing personality disorders. In J. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment*. London: Oxford University.

Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 154*(4), 528-541.

Winter, D., & Barenbaun, N. (1999). History of modern personality and research. In L. Pervin, & O. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research*. London: Guilford.

Wolf, E. (1988). *Treating the self: Elements of clinical self psychology*. London: Guilford.

Young, J. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada no esquema*. Porto Alegre: Artmed.

Zacharias, J. J. M. (2003). *QUATI: Questionário de Avaliação Tipológica (Versão II)* (5. ed.). São Paulo: Vetor.

LEITURA RECOMENDADA

Bion, W. (1973). Sobre a arrogância. In W. Bion, *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago.

Parte 4

ESPECIFICIDADES DO PSICODIAGNÓSTICO NAS ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS MAIS PREVALENTES

24

PSICODIAGNÓSTICO E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Cleonice Alves Bosa
Regina Basso Zanon

Atualmente, o transtorno do espectro autista (TEA) é definido como uma condição neurodesenvolvimental caracterizada por comprometimentos precoces no desenvolvimento sociocomunicativo e pela presença de comportamentos repetitivos e estereotipados (American Psychiatric Association [APA], 2014), além de uma hiper ou hipossensibilidade a estímulos sensoriais. Os resultados do Centers for Disease Control and Prevention ([CDCP], 2010) demonstram um aumento da prevalência do TEA na última década (um em cada 68 nascimentos), não explicado apenas pela maior conscientização acerca do diagnóstico, e também que é mais comum em meninos do que em meninas. Esses dados fazem com que o TEA seja considerado questão de saúde pública. No âmbito nacional, o governo brasileiro instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (Lei 12.764 de 27 de dezembro de 2012) com ênfase na identificação dos sinais de alerta para o transtorno, no diagnóstico e no tratamento (Brasil, 2012). Isso aponta para a urgência de investimentos na qualificação de profissionais em diferentes níveis de atuação e em políticas de saúde e educação mais integradas; alguns projetos de pesquisa sobre a efetividade de programas de capacitação para profissionais da saúde pública já foram iniciados (De Paula & Bordini, 2014; Lampert & Bosa, 2014). A perspectiva de um melhor desenvolvimento da criança com TEA depende do início de um tratamento adequado o mais cedo possível, o que remete à questão da identificação dos chamados "sinais de alerta" – um conjunto de comportamentos que assinalam a eventual presença de um processo atípico do desenvolvimento em áreas que definem o TEA.

O rastreamento e a subsequente avaliação de crianças encaminhadas com suspeita de TEA são processos multifacetados e multidisciplinares. A variação comportamental, intelectual e linguística que ocorre no espectro é ampla e complexa. Por exemplo, a maioria das crianças chega para avaliação com a linguagem oral muito atrasada (muitas nem sequer chegam a desenvolvê-la mais tarde), e há crianças com deficiência intelectual associada (cerca de 70 a 80%; Rutter, 2011) e/ou comorbidades, como transtornos do sono e alimentares, hiperatividade, entre outras. Isso representa um grande desafio para a avaliação psicológica, sobretudo na realidade brasileira.

Assim, os objetivos deste capítulo são: (a) delinear algumas das principais dificuldades encontradas tanto no rastreamento quanto na avaliação psicológica dessas crianças; (b) identificar alguns dos instrumentos validados e também em construção para uso na população brasileira; e, finalmente, (c) ilustrar a discussão com um breve relato de caso clínico, usando um sistema de avaliação psicológica para crianças pré-escolares desenvolvido pelas autoras do capítulo.

A IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS DE ALERTA PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E SEUS DESAFIOS

Os sinais de alerta para TEA são constituídos por um conjunto de comportamentos que se desviam em frequência e qualidade do esperado para a faixa etária, nas áreas que definem o transtorno, ou seja, comprometimento na sociabilidade e ocorrência de comportamentos repetitivos e estereotipados. Embora a definição do transtorno nos sistemas de classificação seja clara, na prática é um grande desafio identificar o que é uma falta de "interação social recíproca" ou ainda um comportamento estereotipado em crianças muito pequenas, já que elas tendem a ser naturalmente repetitivas em suas ações.

Kanner (1943), em seu artigo pioneiro, já chamava a atenção para o fato de que esses comprometimentos sociais, sobretudo os ligados à interação social, estavam presentes no segundo ano de vida de alguns dos 11 casos descritos por ele. Atualmente, há um vasto corpo de evidências que corroboram os relatos iniciais de Kanner, embora os estudos divirjam sobre a época em que é possível identificar os primeiros sinais. Os resultados sobre o primeiro semestre de vida ainda são bastante controversos. Por exemplo, há relatos sobre possível redução do balbucio (em comparação a bebês com desenvolvimento típico), choro intenso e dificuldade para ser acalmado, menor frequência do olhar para a face materna quando amamentado, ou, ainda, ausência de resposta ao ser chamado pelo nome (Maestro et al., 2002; Nogueira, 2005). Entretanto, outros estudos falham em replicar tais resultados, mesmo usando metodologias diferentes (análise de vídeos caseiros, observação do comportamento – no caso de bebês que vinham sendo acompanhados em estudos longitudinais – ou relato dos pais) (Clifford & Dissanayake, 2008; Zanon, Backes, & Bosa, 2014). Não é difícil compreender a divergência dos resultados, principalmente daqueles estudos cuja informação provém do relato dos pais (Bosa, 2009). Em alguns casos, o comprometimento social pode se manifestar somente mais tarde, quando outras áreas do desenvolvimento (p. ex., cognição) também amadurecem. Porém, há o risco de ele estar presente, mas não ser reconhecido pelos pais por várias razões. Por exemplo, eles podem ser inexperientes com relação ao que se espera do desenvolvimento social do bebê em cada etapa (marcos do desenvolvimento). De fato, conhece-se muito mais acerca do desenvolvimento motor e linguístico (p. ex., em que idade o bebê é capaz de sentar-se sem apoio, caminhar e pronunciar as primeiras palavras) do que sobre o desenvolvimento social, sobretudo no primeiro ano de vida. Ou, ainda, os pais não reconhecem a qualidade atípica do comportamento, mesmo que seja reconhecida por amigos e parentes, possivelmente pelo sofrimento que isso causaria.

A lacuna no conhecimento sobre a evolução da comunicação é ainda maior. Observa-se que os roteiros de entrevistas sobre o desenvolvimento costumam investigar o surgimento do período do primeiro sorriso e, em seguida, tendem a direcionar-se diretamente para as primeiras palavras e frases, resultando em um "vácuo comunicativo" entre o primeiro e o terceiro trimestres de vida do bebê – justamente o período em que é possível identificar alguns dos mais importantes sinais de alerta para o TEA. A comunicação é o núcleo da interação social, e seus elementos podem ser adequadamente reconhecidos; sua ausência ou seu desvio qualitativo podem ser indicadores de graves problemas no desenvolvimento da comunicação e da interação social (Rutter, 2011). Apesar de o corpo de evidências sobre os sinais de alerta ser mais substancial e acurado no final do primeiro ano, a questão sobre o desconhecimento dos marcos de desenvolvimento social, bem como em relação a sua qualidade, persiste. Citamos o exemplo da mãe de um menino que explicava o movimento repetitivo e estereotipado do ombro de seu filho junto ao rosto como um indicativo de timidez e recato. Outra mãe atribuía o movimento estereotipado dos dedos em frente aos olhos como um tipo particular de "entretenimento" da criança. Ainda que se considere esses problemas, mais recentemente têm havido fartas evidências de que, aproximadamente entre os 18 e os 24 meses, muitos pais desconfiam que algo não esteja bem com o desenvolvimento social dos seus filhos, embora a procura por avaliação tenda a ocorrer mais tarde, em geral motivada pelo atraso da *fala* (Zanon et al., 2014). Nesse período, emerge, de forma mais marcante, uma habilidade que assinala um papel muito ativo do bebê, tanto na exploração do ambiente e das pessoas quanto na *intenção de compartilhar* essas descobertas com pessoas significativas por meio de vários canais comunicativos e afetivos. Essa habilidade, conhecida como "atenção compartilhada" (Carpenter, Nagell, & Tomasello, 1998; Tomasello, Carpenter, Call, Behne, & Moll, 2005), se dá pelo emprego de

gestos e expressões faciais e pela postura corporal, que indicam ao adulto o foco de interesse do bebê. Entre os gestos, destaca-se a ação de *apontar* para compartilhar o foco de interesse, pelo prazer da interação social. Em outras palavras, não se trata de um gesto cuja função seria buscar a assistência do adulto para alcançar um objeto que está fora de alcance, como um biscoito em uma prateleira. Essa distinção é fundamental por suas implicações para a identificação dos sinais de alerta; no primeiro caso, há evidências acumuladas durante as últimas décadas de que a redução ou ausência do gesto de apontar para fins de compartilhamento, coordenado com outros canais comunicativos, tende a distinguir bebês que mais tarde foram diagnosticados com TEA de outros com desenvolvimento típico ou mesmo com deficiência intelectual, sensorial ou com transtornos da linguagem (Rutter, 2011; Tanguay, 2000). Importa, ainda, a qualidade com que isso ocorre, ou seja, a natureza *espontânea, recíproca e flexível* do comportamento, que demonstra o interesse da criança em incluir o adulto (e mais tarde outras crianças) na interação e em prestar atenção não só ao seu próprio comportamento, mas também à reação do outro. Os teóricos interacionistas explicam que a criança desenvolve uma espécie de intuição de que as pessoas são *agentes de contemplação*, dotados de intencionalidade e com interesses similares e, ao mesmo tempo, tão diferentes dos dela (Hobson, 1993), o que a leva a construir *relações intersubjetivas* (Tomasello, 1999/2003, 2005; Trevarthen, 2000). Esse conhecimento intuitivo engendra os processos comunicativos (inicialmente não verbais, por meio de gestos e expressões da face e do corpo) que, por sua vez, sedimentam a base para a emergência da palavra (a linguagem oral), com a mesma finalidade: iniciar e manter a interação social, entre outras metas. Esse processo complexo é levado a cabo por meio da imitação e da identificação com pessoas significativas (Tomasello, 1999/2003).

Há evidências de que crianças com TEA, quando comparadas a grupos-controle (crianças com algum problema de desenvolvimento, mas sem TEA, ou crianças com desenvolvimento típico), apresentam menor frequência de atividade gestual (com exceção daquelas que fazem parte dos "ritos sociais", como, por exemplo, acenar, "mandar" beijo, mostrar ou dar objetos espontaneamente durante a interação social, virar a cabeça quando chamada pelo nome, de forma espontânea e sem insistência do outro, etc.) (Zwaigenbaum, Bryson, & Garon 2013; Saint-Georges et al., 2010). Uma mãe nos informou, em entrevista, que a situação que despertou sua primeira grande preocupação ocorreu durante a visita a uma reserva nacional, quando crianças com cerca de 2 anos em geral vibravam e mostravam para os pais os animais exóticos, sorrindo, apontando, alternando o olhar entre os pais e os animais até se "certificarem" que eles estariam olhando para o mesmo "alvo", enquanto seu filho permanecia totalmente absorto em girar um cata-vento, alheio aos acontecimentos.

Mesmo quando os gestos de compartilhamento estão presentes, eles ocorrem de forma altamente previsível, pouco espontânea, ou restrita a situações bastante circunscritas (p. ex., personagens de histórias ou desenhos animados, marcas de carro, textura de objetos). Outras vezes, o próprio gesto de buscar assistência, em geral mais preservado em crianças com TEA, pode se apresentar de forma atípica. Mesmo uma criança maior pode "escalar" o corpo do adulto, sem fazer um gesto ou contato visual, para alcançar um objeto, ou então segurar o pulso ou a mão do adulto, sem coordená-lo com outras formas comunicativas, para acionar ou encaixar um brinquedo.

Outro aspecto que vem sendo reportado na literatura, também com implicações para a identificação precoce do TEA, é a regressão desenvolvimental. Há evidências de que entre 15 e 33% das crianças com o transtorno apresentam regressão de alguma habilidade, o que pode se dar na área social (o bebê para de produzir gestos e sorrisos e diminui o contato visual com os pais), na brincadeira (deixa de se interessar por objetos e de operá-los de acordo com a função, passando para uma exploração centrada em suas propriedades sensoriais) ou na linguagem (perda de palavras) (Baird et al., 2008; Wiggins, Rice, & Baio, 2009). Os estudos demarcam que a idade de início da regressão varia entre 12 e 36 meses (Backes, Zanon, & Bosa, 2013; Pickles et al., 2009), sendo a linguagem oral a habilidade mais comumente afetada pelo fenômeno (Baird et al., 2008; Wiggins et al., 2009). Considerando a parcela restrita de crianças com TEA que apresenta histórico de regressão, bem como os desafios metodológicos para a investigação desse fenômeno (p. ex., dificuldade para avaliar especificidades do desenvolvimento da criança antes da perda), essa área de investigação ainda carece de evidências empíricas e de explicações teóricas consistentes. No Brasil, alguns pesquisa-

dores têm buscado colaborar nessa linha investigativa (Backes, Zanon, & Bosa, 2013; Tamanaha, Machado, Loebmann, & Perissinoto, 2014), algo promissor para a melhor compreensão das particularidades da regressão e de suas implicações clínicas.

Outra área reveladora de potenciais riscos para TEA é a da brincadeira, pois a forma como a criança se relaciona com os brinquedos pode ser muito informativa sobre seu funcionamento linguístico e afetivo. Crianças com o transtorno tendem a apresentar comportamento exploratório atípico (foco nos movimentos repetitivos dos brinquedos e interesse em suas propriedades sensoriais, como textura e cheiro) e a deter-se ao nível funcional, com franco atraso e prejuízo da brincadeira simbólica. Caso a criança não apresente uma deficiência intelectual severa, pode brincar adequadamente com os objetos, levando em conta sua função (brinquedos mecânicos, musicais, de encaixe), mas não apresentar brincadeira simbólica, especialmente de "faz de conta", que envolve a substituição de um objeto por outro (p. ex., um bloco de madeira representando um avião) ou a evocação de uma propriedade ausente, como temperatura e sabor (fazer de conta que um alimento está quente ou gostoso) (Cardoso, Rocha, Moreira, & Pinto, 2012; Orr & Geva, 2015). Quando o faz, tende a ser de forma rígida e repetitiva, isto é, pouco criativa e restrita aos seus interesses "estereotipados" (p. ex., mesma sequência de brincadeira ou tema – trens, carros, etc.). Muitas vezes é preciso tentar "interferir" na forma rígida como a criança "montou" sua brincadeira para observar se essa é estereotipada, além de "repetitiva", mais comum em crianças com déficits intelectuais. A interferência proposital, porém cuidadosa, do adulto (p. ex., interromper, mudar o curso ou acrescentar elementos à brincadeira) tende a desencadear uma desorganização comportamental mais característica de TEA, na ausência de outras explicações. Um exemplo é quando a criança enfileira os brinquedos. Para saber se esse "enfileirar" é rígido e estereotipado, tenta-se, lentamente, retirar um dos objetos ou introduzir novos, à vista da criança, aguardando sua reação. Se esse for o caso, o elemento deve ser recolocado imediatamente, antes que a reação negativa se intensifique demais e desorganize a criança. É preciso, também, cuidado ao explicar aos pais que esse tipo de intervenção poderá ser usada, evitando que estranhem a nossa "intrusão".

INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO: REALIDADE BRASILEIRA

O principal objetivo de um instrumento de rastreamento é identificar sinais de alerta que podem ou não levar ao subsequente diagnóstico de TEA. Portanto, medidas com tal finalidade detectam sintomas relativos ao espectro, mas não "fecham" o diagnóstico. Como o próprio nome sugere, "alertam" os profissionais da saúde e da educação para casos em que há desvios quantitativos ou qualitativos em áreas fundamentais para o desenvolvimento social e que devem ser investigados por uma equipe multidisciplinar e qualificada em TEA.

Até o momento, o único instrumento internacional adaptado e validado para a população brasileira (Castro-Souza, 2011; Losapio & Ponde, 2008) e de *uso livre* (não restrito ao pagamento de direitos autorais) é o Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) (Robins, Fein, Barton, & Green, 2001). Trata-se de um questionário aplicável aos cuidadores, contendo 23 itens que avaliam comportamentos de crianças de 18 a 24 meses nas seguintes áreas: engajamento social, contato visual, imitação, atenção compartilhada e gestos de busca de assistência, brincadeira repetitiva e brincadeira simbólica.

Há também um instrumento nacional de avaliação: o Indicadores Clínicos de Alterações no Desenvolvimento (IRDI) (Kupfer, 2009; Kupfer et al., 2010; Lerner, 2011). Trata-se de instrumento aplicável a pais e composto por 31 indicadores de bom desenvolvimento do vínculo pais-bebê, distribuídos em quatro faixas etárias de 0 a 18 meses, mas suas sensibilidade e especificidade para TEA ainda precisam ser mais amplamente demonstradas.

O ENCAMINHAMENTO E A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A divulgação científica e movimentos da sociedade em relação à identificação de sinais de alerta têm conduzido a uma demanda cada vez maior por avaliação psicológica e/ou fonoaudiológica dessas crianças. Diante disso, deparamo-nos com inúmeras dificuldades inerentes ao campo no Brasil, como, por exemplo, a falta de: (a) instrumentos de avaliação do desenvolvimento em geral para a população pré-escolar; (b) instrumen-

tos de diagnóstico adaptados e validados no País, e de uso livre do pagamento de direitos autorais a editoras estrangeiras; (c) instrumentos de diagnóstico nacionais; e (d) diretrizes para as diferentes etapas do psicodiagnóstico nessa área que orientem o psicólogo em sua conduta.

De fato, segundo uma revisão sistemática da literatura realizada recentemente sobre instrumentos de avaliação de crianças com suspeita de TEA disponíveis no Brasil, há um número limitado de medidas disponíveis para uso tanto no contexto de pesquisa quanto no clínico (Backes, Monego, Bosa, & Bandeira, 2014). No total, foram revisados 11 estudos, publicados até 2014, que investigaram as propriedades de seis instrumentos internacionais na área do TEA: Autism Behavior Checklist (ABC), Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), Autistic Traits Assessment Scale (ATA), Autism Screening Questionnaire (ASQ), Childhood Autism Rating Scale (CARS) e Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). Partindo de uma análise criteriosa das questões psicométricas e dos direitos autorais de cada uma das medidas, o estudo demonstrou que atualmente há apenas um instrumento internacional devidamente validado e disponível para *uso livre* no Brasil, o M-CHAT (Robins et al., 2001), já mencionado. A descrição detalhada de cada um desses instrumentos e informações sobre as atuais condições de uso no Brasil podem ser encontradas em Backes e colaboradores (2014).

O Ministério da Saúde também lançou as *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo* (Brasil, 2013), resultado do trabalho conjunto de pesquisadores e especialistas, além de várias entidades e Governo. Essas diretrizes oferecem orientações relativas ao cuidado à saúde de pessoas com TEA no campo da habilitação/reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Nessas orientações, há seções destinadas a indicadores de desenvolvimento e sinais de alerta; indicadores de presença de TEA e diretrizes diagnósticas, incluindo a entrevista com cuidadores; sugestão de roteiro para anamnese e para observação direta do comportamento. A esse respeito, Lord, Rutter e Counteur (1994), há mais de uma década, chamavam a atenção para a necessidade de se obter múltiplas informações sobre a criança encaminhada com suspeita de TEA. Esses autores recomendavam uma combinação de fontes (como a história da criança e relatos do comportamento atual, obtidos tanto dos pais como de professores), observação direta do comportamento e avaliação cognitiva padronizada. Ainda, forneceram uma das primeiras diretrizes para condução de entrevistas semiestruturadas e de observação do comportamento, com foco nas áreas associadas ao TEA, especialmente as relativas a comunicação, socialização, brincadeira, comportamentos peculiares e outros aspectos do comportamento e do desenvolvimento emocional, como medos, agressividade, etc. (Lord et al., 1994, 2000).

Bosa, Zanon e Backes (no prelo) relatam que inexistem, no Brasil, instrumentos de observação direta da criança que: (a) sistematizem a avaliação clínica e auxiliem no processo de avaliação diagnóstica do TEA, (b) sejam de uso livre na clínica e na pesquisa e (c) levem em conta os aspectos éticos e evidências de validade (Backes et al., 2014). Os autores chamam a atenção para a urgência por instrumentos que tenham múltiplas finalidades (i.e., identifiquem comportamentos associados ao TEA e potencialidades da criança, bem como forneçam subsídios para o plano terapêutico), tenham sido construídos com base na realidade brasileira e sejam de baixo custo, sobretudo ao se considerar as necessidades do sistema público de saúde na área do TEA. Tendo em vista essas prioridades, desenvolveram o Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista (PROTEA-R), estendendo um estudo-piloto anterior de Marques e Bosa (2010, 2015) que apresentava tanto o processo de construção dos itens da primeira versão do instrumento (PROTEA) quanto evidências preliminares de validade de critério. A versão atual (revisada) foi adaptada para crianças não verbais, sendo ampliada de modo a compor um sistema mais amplo de avaliação psicológica da criança com TEA, em contexto lúdico, composto pelas seguintes técnicas: (a) entrevista com os cuidadores; (b) protocolo de observação do comportamento e escala; (c) manual de definição operacional dos comportamentos; (d) manual de conduta do avaliador; e (e) diretrizes – entrevista de devolução e elaboração de parecer. Em relação às diretrizes sobre a conduta do avaliador, está em andamento um estudo-piloto que investiga as estratégias do avaliador que oportunizaram o engajamento da criança na brincadeira durante a administração do PROTEA-R (Romeira, Backes, & Bosa, 2015).

A entrevista com os cuidadores, além de conter as questões habituais sobre dados sociode-

mográficos, história de desenvolvimento da criança (p. ex., gravidez, parto, puerpério, desenvolvimento motor), dados familiares (p. ex., configuração, relacionamento do casal, problemas de desenvolvimento físicos ou psiquiátricos em membros da família) e estressores (p. ex., mudança de residência, de emprego, divórcio, doença ou morte na família), deve conter questões associadas a um possível TEA: preocupações atuais quanto ao comportamento da criança; idade de surgimento e área do desenvolvimento correspondente; aspectos qualitativos do desenvolvimento da comunicação e interação social; ocorrência de comportamentos repetitivos e estereotipados; hiper ou hipossensibilidade sensorial; qualidade da brincadeira. Também é importante investigar outros comportamentos relevantes (sono, alimentação, hiperatividade, medos intensos, agressividade, masturbação excessiva) e, finalmente, informações sobre avaliações, consultas médicas, exames e intervenções terapêuticas já realizadas ou em andamento.

O protocolo de observação direta do comportamento da criança (PROTEA-R) (Bosa et al., no prelo) é um instrumento composto por 17 itens, que avalia a *qualidade* (amplitude, convencionalidade, consistência, intensidade e variedade do comportamento) e a *frequência* (que vai de 1, pouco frequente, a 3, muito frequente) de comportamentos característicos do TEA. A qualidade é expressa por meio de letras (A, B e C), pela forma como estão organizados os comportamentos de acordo com os atributos descritos anteriormente; a letra D designa o comportamento que não ocorreu, e a E significa "não se aplica" (o comportamento não ocorreu por motivos alheios à criança, como o avaliador não ter solicitado a ela uma resposta).

O PROTEA-R destina-se a crianças pré-escolares (18 a 48 meses) com suspeita de TEA, especialmente aquelas que ainda não desenvolveram a linguagem oral. Os itens são distribuídos em três áreas: (1) comunicação e interação social (iniciativa de atenção compartilhada; resposta de atenção compartilhada; imitação; engajamento social; sorriso; busca de contato físico; busca de assistência; protesto/retraimento); (2) qualidade da brincadeira (exploração dos brinquedos; forma de exploração; coordenação visuomotora, brincadeira funcional, brincadeira simbólica, sequência da brincadeira simbólica); (3) movimentos repetitivos e estereotipados (movimentos repetitivos das mãos; movimentos repetitivos de outras partes do corpo; comportamentos autolesivos). A avaliação contempla três sessões de observação, com 45 minutos de duração cada, e envolve dois contextos de observação: um de brincadeira livre e outro de semiestruturada, em que se apresenta uma sequência de atividades. Os detalhes de todas as etapas de sua construção estão descritos em Bosa e colaboradores (no prelo). A conclusão das autoras é de que o PROTEA-R é um instrumento promissor para a avaliação de crianças pequenas com suspeita de TEA, considerando sua construção cuidadosa (teórica e empiricamente baseada), a carência de medidas de baixo custo e o rápido treinamento e administração. Entretanto, ressaltam a necessidade de estudos adicionais que investiguem suas propriedades psicométricas, alguns deles já em andamento.

Por fim, as *Diretrizes para a Entrevista de Devolução da Avaliação* apresentam um roteiro que inclui, em sua primeira parte, tópicos sobre a retomada dos motivos que levaram os pais a buscar a avaliação e suas principais preocupações; da impressão dos cuidadores sobre o processo de avaliação; e das eventuais mudanças no comportamento da criança durante e após a avaliação. Na segunda parte, os tópicos dizem respeito às impressões iniciais do avaliador sobre a criança e aos resultados do processo avaliativo propriamente dito, identificando-se os comprometimentos, porém ressaltando as potencialidades da criança. Já na terceira parte, ocorre o esclarecimento de dúvidas, preocupações e sentimentos dos cuidadores, além da elaboração conjunta do plano terapêutico (com base em metas de curto, médio e longo prazos e no perfil de cada família). A entrevista é semidirigida e suficientemente flexível para propiciar a atmosfera de empatia que o momento exige, já que costuma ser muito difícil para os pais. Ao mesmo tempo em que anseiam por essa etapa, eles também a temem. O parecer descritivo é repassado aos pais, e uma segunda sessão é agendada, se necessário.

VINHETA CLÍNICA / 24.1 – SÍNTESE DA AVALIAÇÃO DE SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Pedro, 37 meses. A avaliação aconteceu no Centro de Avaliação Multidisciplinar em Autismo (CEMA/UFRGS), um projeto de pesquisa e de extensão do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Transtornos do Desenvolvimento (NIEPED/UFRGS).

A busca inicial dos pais de Pedro pelo CEMA decorreu da suspeita de autismo levantada pela neuropediatra do menino. As principais preocupações dos pais no momento em que chegaram para a avaliação foram: (a) compreender melhor os comportamentos do filho que poderiam estar associados ou não ao TEA; e (b) receber esclarecimentos referentes ao plano terapêutico. Os pais buscavam, também, orientações sobre o manejo de alguns comportamentos da criança, especialmente em relação à dificuldade que sentiam ao tentar interagir com ela. Sendo assim, o motivo principal da avaliação foi investigar possíveis comprometimentos nas áreas da comunicação, da interação social e da qualidade da brincadeira e a ocorrência de comportamentos repetitivos/estereotipados. A avaliação buscou também identificar aspectos desenvolvimentais preservados (potencialidades) que pudessem auxiliar a embasar o tratamento realizado com profissionais da área.

I – Principais aspectos da história clínica (Entrevista inicial com os pais)

De acordo com os dados coletados na entrevista inicial realizada com os pais, a família é composta pela mãe, pelo pai, pela irmã mais velha e por Pedro, todos residentes na mesma casa. A mãe relata que a gestação do menino foi planejada e recebida com alegria. Sobre sua saúde, ela necessitou de acompanhamento médico mensal em função de uma anemia, tendo de fazer uso de vitamina B12 durante toda a gestação. Quando estava com 32 semanas, teve perda de líquido amniótico e necessitou de repouso absoluto. Pedro nasceu com 37 semanas, pesando 2,6 kg e com Apgar 9,8. O parto foi cesariana, sem intercorrências, e as condições de saúde da mãe e do bebê na ocasião eram boas.

Com relação ao desenvolvimento neuromotor, Pedro firmou o pescoço aos 2 meses, sentou-se sem apoio aos 5, engatinhou aos 8 e caminhou sem suporte por volta de 1 ano e 6 meses. Contudo, até o momento da avaliação, ainda não havia adquirido controle urinário e intestinal.

No que se refere ao desenvolvimento da linguagem e da comunicação, apresentava, quando bebê, bom contato visual, balbucio, gestos de apontar para pedir objetos a distância (mas não gestos de compartilhamento), assoprar beijos, acenar em despedidas, levantar os braços para pedir colo e imitação. Pedro apresentou as primeiras vocalizações em torno dos 2 anos e 1 mês e as primeiras palavras aos 2 anos e 3 meses (papai, mana, mamãe, tchau, desce, *"gud"* para se referir a água).

Os pais relataram que as primeiras dificuldades no desenvolvimento do filho foram percebidas quando ele tinha cerca de 1 ano e 6 meses. A primeira pessoa a observar possíveis desvios no desenvolvimento foi a avó paterna, que alertou a mãe para o fato de o menino ser muito silencioso e não produzir sons, nem mesmo ao brincar, e não "chamar" ninguém para brincar com ele (brincava muito sozinho). Além disso, a avó observou que, quando queria algo, Pedro puxava as pessoas pelo braço, levando-as até o lugar desejado, sem combinar gestos, olhar e vocalizações. Após essa percepção inicial, os pais passaram a observar melhor os comportamentos do filho, mas atribuíram o silêncio e a tendência ao isolamento a seu temperamento. Aos 2 anos e 6 meses, Pedro perdeu as palavras que havia adquirido, sendo que, no momento da avaliação, já havia recuperado algumas (mãe, pai e tchau), embora as expressasse com entonação "diferente" e volume demasiadamente baixo.

Segundo os pais, no momento da avaliação o repertório gestual já havia se ampliado: apontar para solicitar ajuda, abanar, imitar gracinhas, bater palmas e levantar os braços para pedir colo. Ainda, segurava o rosto do adulto para olhar em determinada direção e atendia pelo nome quando chamado, dependendo de seu interesse. Contudo, ainda não apresentava gestos como apontar ou mostrar brinquedos com o intuito de compartilhá-los, de forma espontânea, variada e recíproca. No entanto, ocasionalmente olhava para onde o parceiro apontava e respondia a convites para brincar.

Segundo os pais, quanto ao aspecto afetivo, o filho apresentou os primeiros sorrisos aos 20 dias. No momento da avaliação no CEMA, de acordo com o relato parental, ele sorria espontaneamente para pessoas familiares e, em algumas situações, para pessoas não familiares. Sua expressão emocional era apropriada ao contexto, embora apresentasse pouca variação facial (sem expressar quando estava feliz ou triste). De acordo com os pais, Pedro era uma criança carinhosa, que compartilhava atividades prazerosas com os familiares.

Em relação à brincadeira, o menino gostava de assistir filmes infantis e de brincar com seus personagens (p. ex., *Toy Story*, *A Era do Gelo*, *Carros*), brincar com carrinhos e aviõezinhos, jogar bolas, entre outros. Manipulava diferentes brinquedos e explorava-os de forma predominantemente típica. Vale dizer que, segundo os pais, nas últimas semanas, ele havia apresentado dois novos comportamentos: o de repetidamente "alinhar" caixas de DVDs e o de demonstrar interesse por partes de objetos (virar o carrinho e gastar um tempo girando apenas uma de suas rodas). Segundo a mãe, Pedro operava brinquedos e objetos de diferentes maneiras (apertava teclas e botões, abria e fechava tampas, colocava ou retirava objetos de um recipiente) e, ocasionalmente, brincava de faz de conta. Por exemplo, enquanto brincava, criou uma briga de dinossauros e fez de conta que dois carrinhos haviam se "batido".

No que se refere aos comportamentos repetitivos e aos rituais, o menino, de acordo com os pais, ocasionalmente apresentava rigidez em relação à rotina, insistindo em uma sequência de atividades (mostrava-se demasiadamente irritado, ansioso e com dificuldades para dormir se a atividade fosse alterada). Segundo a mãe, a rotina o deixava tranquilo, embora no momento da avaliação estivesse aceitando bem melhor as mudanças, desde que lhe fossem antecipadas. Não apresentava apego a objetos incomuns, mas os pais relataram que, aos 2 anos e 6 meses, era apegado a um pedaço de madeira, que carregava consigo durante todo o dia, mostrando-se contrariado quando tentavam removê-lo. Segundo os pais, ele não apresenta movimentos estereotipados das mãos ou corpo, mas já havia demonstrado hipersensibilidade sensorial (p. ex., colocava as mãos nas orelhas diante do "barulho" das ondas do mar).

Vale dizer que os pais relatam que Pedro já havia realizado exames laboratoriais e avaliação neurológica, incluindo ressonância magnética cerebral e eletrencefalograma, assim como fonaudiológica (Bera), não sendo identificada nenhuma alteração em nenhum dos exames realizados.

II – Avaliação comportamental (PROTEA-R)

Impressão geral do avaliador

Foram realizadas três sessões de avaliação com Pedro, sendo que um dos pais sempre esteve presente na sala com o avaliador. Na primeira sessão, ele pareceu tranquilo e disposto a explorar os objetos disponíveis na sala, porém buscou pouco a avaliadora para brincar, embora tenha respondido aos seus convites de forma ocasional. Na segunda sessão, mostrou-se pouco disposto a brincar e explorar os objetos a ele oferecidos, aproximando-se do pai inúmeras vezes e manifestando cansaço e vontade de ir para casa (p. ex., dirigindo-se à porta insistentemente). No entanto, na segunda e na última sessões, pareceu estar bem confortável no espaço físico e mostrou-se mais motivado para a interação com a avaliadora, ocasionalmente oferecendo objetos a ela no contexto da brincadeira,

bem como olhando e sorrindo em sua direção, especialmente durante a interação não mediada por objetos. Vale dizer, ainda, que, com o passar das sessões, Pedro permaneceu mais tempo envolvido em cada brincadeira, e pareceu se divertir durante algumas atividades propostas pela avaliadora. Nas três sessões o menino procurou o pai para pedir ou mostrar algo

ÁREA I – AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO E DA INTERAÇÃO SOCIAL

A avaliação dos atos sociocomunicativos foi realizada em ambiente de brincadeira, em contexto livre e também dirigido, por meio de observação da exploração dos brinquedos e dos comportamentos sociocomunicativos. Tais comportamentos foram avaliados com base nos seguintes eixos: 1) vocalizações, contato visual e gestos (isolados ou coordenados entre si); 2) iniciativas ou respostas (reciprocidade e espontaneidade); e 3) tipo de contexto (compartilhar ou buscar assistência).

Durante as sessões, foi possível observar que Pedro entregou ou mostrou objetos para a avaliadora, "parecendo" querer compartilhá-los, porém isso foi raro e, na maioria das vezes, sem olhar para ela e sem coordenar gestos com olhar e expressões afetivas. Por exemplo, na primeira sessão, entregou o piano para a avaliadora, dirigindo-se a ela e colocando-o em sua mão e, na terceira sessão, jogou-lhe um animal de silicone, esperando que ela o jogasse de volta. Porém, nos contextos descritos, notou-se que Pedro não fez contato visual com a avaliadora, tornando pouco clara sua intencionalidade comunicativa. Vale dizer que, na segunda sessão, não se observou nenhuma iniciativa espontânea do menino com o objetivo de compartilhamento de objetos com a avaliadora, embora tais comportamentos tenham aparecido em direção ao pai nas três sessões.

Verificou-se que, com frequência, Pedro pegava brinquedos oferecidos pelo adulto e, em alguns momentos, executava as ações solicitadas, seguindo o mesmo foco de atenção espontaneamente. Porém, sobretudo nas primeiras duas sessões, observou-se pouca reciprocidade e coordenação com outros canais comunicativos (p. ex., gestos, olhares, expressões afetivas, vocalizações). Por exemplo, pegou um livro que lhe foi oferecido e o explorou sem, no entanto, olhar para a avaliadora. Assim, seu interesse pareceu, na maioria das vezes, estar mais no objeto do que na interação. Vale dizer que na terceira sessão observou-se melhora nas respostas aos convites para brincadeiras mediadas por objetos, em relação tanto à qualidade quanto à frequência dos comportamentos. Por exemplo, Pedro brincou com carrinhos junto com a avaliadora, jogou um palhaço "que gira" de volta a ela, pegou e descascou uma banana de pelúcia que lhe fora oferecida, e brincou com bolhas de sabão.

Notou-se que ele reproduzia, com frequência, gestos e/ou ações demonstrados pelo adulto; entretanto, na maioria das vezes não alterou turnos e seu interesse pareceu estar mais nas propriedades sensoriais do objeto. Por exemplo, acionou o pião, encaixou argolas em um palhaço, operou o trem e falou *"já"* e *"acabou"*, repetindo o que a avaliadora falara. Cabe registrar que na terceira sessão ele passou a reproduzir intencionalmente gestos, expressões faciais e/ou ações demonstradas pelo adulto, assoprando a colher, dando tchau para o palhaço, batendo palmas e imitando a expressão de surpresa, após as demonstrações da avaliadora. Observou-se também imitações vocais (como *"mais"*, *"oba"*, *"acabou"*, *"humm"*, e *"piuí"* – ao brincar com o trem).

No que se refere ao engajamento social em atividades não mediadas por objetos, o comportamento não pôde ser avaliado nas primeiras duas sessões por falta de oportunidade. Porém, na terceira sessão, Pedro aceitou as brincadeiras que o adulto fez com o seu corpo, como fazer cosquinhas em sua barriga e dançar. Nesse contexto, ele chegou a "fugir" da avaliadora, olhando-a e provocando-a para que fosse atrás dele. Além disso, observou-se que, na maioria das vezes, ele não buscava, de forma espontânea, o contato físico afetivo iniciado pelo adulto, mas o aceitava com frequência, reagindo bem, nas três sessões, ao carinho feito pela avaliadora em suas costas. Vale dizer que, na última sessão, o menino apresentou iniciativa espontânea de contato físico, aproximando-se da avaliadora e pedindo carinho. Pedro apresentou, em todas as sessões, sorriso dirigido ao adulto

e recíproco, e também, em alguns momentos, observou-se um sorriso difuso. Ele sorria enquanto olhava para a avaliadora, por exemplo, durante a brincadeira com bolhas de sabão, com frutas de pelúcia, com fantoches de dedo, com o piano e ao dançar.

O menino apresentou, de maneira pouco frequente, comportamento de busca de assistência do adulto, porém o fez, na maioria das ocasiões, sem coordenar o contato visual com gestos (p. ex., apontar) e/ou vocalizações (p. ex., apontava para o objeto sem fazer contato visual com o avaliador). A fim de pedir objetos que estavam guardados, olhou para a caixa, apontou e disse "*Cá*". Já no contexto da brincadeira com as bolhas sabão, ergueu os braços em direção ao objeto, produziu algumas vocalizações e agitou-se, porém sem olhar para a avaliadora. Na segunda sessão, usou a mão da avaliadora como ferramenta para solicitar o acionamento de um brinquedo mecânico (bola que vibra e produz som e luz). Porém, na terceira sessão, apresentou comportamento de pedido coordenando gesto, olhar, expressão facial e vocalização ao solicitar que a avaliadora abrisse uma caixa de brinquedos.

ÁREA II – RELAÇÃO COM OS OBJETOS/BRINCADEIRA

A avaliação da relação com os objetos e da qualidade da brincadeira também foi realizada em contexto livre e dirigido. Com relação à exploração dos brinquedos, observou-se que Pedro explorou, nas três sessões, mais da metade do total de brinquedos apresentados, como, por exemplo, o piano, o carrinho, a xícara e as colheres, os bonequinhos, o tubo de brinquedos com miniaturas, os encaixes de frutas, etc. No que se refere à adequação da exploração, o menino não utilizou formas atípicas durante a brincadeira. Frequentemente, segurava objetos e brinquedos com firmeza por certo período de tempo, coordenando o olhar com a manipulação gestual (p. ex., carrinho, xícara e colheres, bonequinhos, material gráfico, pião, palhaço com argolas, máquina fotográfica, bolhas de sabão). Também foi possível observar que ele opera os brinquedos de acordo com sua função (p. ex., carrinhos, xícaras e colheres e máquina fotográfica). Nas primeiras duas sessões, apresentou indícios de brincadeira simbólica (faz de conta), sendo que essa atividade foi observada somente no contexto de reprodução do que o adulto faz, de forma limitada e rara (p. ex., deu comidinha para o cachorro utilizando a colher e fazendo o som "Humm"). Na terceira e na última sessão, houve indícios de brincadeira simbólica, mas ainda com poucos brinquedos e de forma rara (p. ex., "tossiu" após beber o café, fez som de motor ao empurrar os carrinhos). Nessas ocorrências, a sequência da brincadeira foi difícil de identificar, sendo que os episódios tiveram duração curta e pouca conexão entre si.

ÁREA III – COMPORTAMENTOS ESTEREOTIPADOS E AUTOLESIVOS

Com relação à presença de movimentos repetitivos com as mãos, pôde-se observar que Pedro apresentou movimentos de baixa intensidade (torceu e agitou as mãos e os dedos em frente ao campo visual), podendo ser facilmente distraído para outros estímulos. Quanto aos movimentos repetitivos do corpo, observou-se que Pedro apresentou um leve balanceio do corpo, caminhou nas pontas dos pés repetidamente e "enrijeceu" o corpo nos momentos de excitação. Salientamos que esses comportamentos foram pouco frequentes e que o menino foi facilmente distraído, sua atenção sendo, então, direcionada a outros estímulos.

CONCLUSÕES DA AVALIAÇÃO

As informações da entrevista com os pais e das sessões de observação de Pedro permitem concluir que o perfil dos comportamentos observados, apesar de revelar mudanças ao longo das sessões, ainda difere qualitativa e quantitativamente do esperado para a idade. Pode-se dizer, no caso de Pedro, que há possíveis comprometimentos nas áreas de interação social, comunicação e brincadeira, bem como a presença de comportamentos repetitivos e estereotipados.

Ao longo das sessões de avaliação, o menino demonstrou crescente motivação para a interação com a avaliadora, provavelmente devido à maior familiarização com ela e com o ambiente, e apresentou mudanças que apontam para o seu potencial. Também houve indícios de brincadeira simbólica, que poderá ser ampliada com a intervenção adequada. Os comportamentos repetitivos, embora presentes, não impediram a exploração do ambiente e dos materiais. Por fim, seus comportamentos de protesto e retraimento não foram intensos a ponto de evitar a aproximação e a interação com a avaliadora.

As dificuldades identificadas apontam para um perfil comportamental possivelmente associado a TEA, mas esses resultados devem ser conjugados com os aspectos psicossociais da família e com as demais avaliações médicas para elucidação diagnóstica e melhor compreensão acerca do funcionamento da criança e de sua família. Durante as entrevistas, foram identificadas algumas situações na rotina familiar que pareciam cristalizar as dificuldades de Pedro, como dormir na cama dos pais, chupar bico, alimentar-se a qualquer hora, não ter horário para dormir, entre outras. Esses aspectos, se não forem adequadamente endereçados, podem dificultar a evolução do menino. *Foram feitas indicações terapêuticas envolvendo, inicialmente, uma combinação de orientação* familiar, intervenção psicológica e fonoaudiológica, e, a médio prazo, ingresso na educação infantil. O momento da entrevista de devolução não se restringe à "comunicação" de resultados, sejam eles de observações, entrevistas ou testes, ele é, sobretudo, uma oportunidade de discussão a respeito do desenvolvimento da criança e da vivência parental.

TABELA 24.1
Resultados da Área I do PROTEA-R: comportamentos sociocomunicativos

Itens do PROTEA-R	1ª sessão	2ª sessão	3ª sessão
Iniciativa de atenção compartilhada			
Qualidade:	B	D	B
Frequência:	1	-	1
Resposta da atenção compartilhada			
Qualidade:	C	C	B
Frequência:	2	3	3
Imitação			
Qualidade:	C	C	B
Frequência:	2	3	3
Engajamento social			
Qualidade:	E	E	B
Frequência:	-	-	3
Sorriso social			
Qualidade:	B	B	B
Frequência:	3	3	3
Contato físico afetivo			
Qualidade:	B	B	A
Frequência:	2	1	1
Busca de assistência			
Qualidade:	B	B	A
Frequência:	2	3	1
Protesto/Retraimento			
Qualidade:	A	A	A
Frequência:	1	1	3

Nota: As letras A, B e C referem-se à amplitude, à convencionalidade, à consistência, à intensidade e à variedade do comportamento, sendo A a qualidade mais complexa. A letra D significa que o comportamento não ocorreu.

TABELA 24.2
Resultados da Área II do PROTEA-R: qualidade da brincadeira

Itens do PROTEA-R	1ª sessão	2ª sessão	3ª sessão
Exploração dos brinquedos			
Qualidade:	A	A	A
Frequência:	3	3	3
Forma de exploração			
Qualidade:	B	A	A
Frequência:	3	3	3
Coordenação visuomotora			
Qualidade:	A	A	A
Frequência:	3	3	3
Brincadeira funcional			
Qualidade:	A	A	A
Frequência:	3	2	3
Brincadeira simbólica			
Qualidade:	C	C	B
Frequência:	1	1	1
Sequência de brincadeira simbólica			
Qualidade:	C	C	C
Frequência:	1	1	1

TABELA 24.3
Resultados da Área III do PROTEA-R: movimentos repetitivos e estereotipados

Itens do PROTEA-R	1ª sessão	2ª sessão	3ª sessão
Movimentos repetitivos das mãos			
Qualidade:	B	B	B
Frequência:	1	1	1
Movimentos repetitivos do corpo			
Qualidade:	B	B	B
Frequência:	2	2	2
Comportamentos autolesivos			
Qualidade:	D	D	D
Frequência:	-	-	-

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que haja muitas dificuldades no campo da avaliação destinada a crianças com suspeita de TEA, no Brasil, algumas iniciativas começam a surgir no sentido de tentar preencher essa lacuna. A validação de instrumentos internacionais padrão-ouro em andamento é promissora, ainda que, no momento, se apliquem mais ao campo da pesquisa. Instrumentos de rastreamento já estão mais facilmente disponíveis, e outros começam a ser construídos no âmbito nacional.

O tipo de avaliação descrita neste estudo pode ser uma ferramenta útil na área do TEA, no contexto da clínica, ao sistematizar, de maneira objetiva, clara e descritiva, um conjunto de proce-

TABELA 24.4
Exemplos de itens que apresentaram mudanças na qualidade durante o processo avaliativo, com a respectiva descrição do comportamento observado

Item	1ª sessão	2ª sessão	3ª sessão
Imitação	C Operou diferentes brinquedos (acionou o pião; empurrou o carrinho; rolou a bola) após demonstração da avaliadora, porém sem estabelecer contato visual com ela. O interesse da criança pareceu estar mais voltado para as propriedades sensoriais do objeto.	C Operou diferentes brinquedos (fez encaixes; acionou a máquina fotográfica; operou o trem) após demonstração da avaliadora, porém sem estabelecer contato visual com ela. O interesse da criança pareceu estar mais voltado para as propriedades sensoriais do objeto.	B Deu tchau para o palhaço após a avaliadora ter feito esse gesto, antecipando que iria guardar o brinquedo; imitou a expressão facial de "surpresa" realizada pela avaliadora, olhando para ela; apresentou imitação vocal ("oba") e de onomatopeias ("nham, nham", ao fazer de conta que estava comendo uma melancia; e "piuí", após acionar o trem), coordenando com gestos e olhares voltados para a avaliadora durante as reproduções.
Busca de assistência	B Olhou para a caixa que estava em cima do armário e apontou para ela, a fim de pedir outros brinquedos, mas sem contato visual com a avaliadora.	B Entregou objetos na mão da avaliadora, a fim de que ela os guardasse ou os operasse, mas sem coordenar o gesto com o olhar. Ergueu os braços para pedir que a avaliadora fizesse mais bolhas de sabão, falando *"mais"* nesse contexto, porém sem estabelecer um contato visual. Usou a mão da avaliadora como ferramenta para solicitar o acionamento de um brinquedo mecânico.	A Colocou uma caixa transparente com brinquedos na frente da avaliadora, olhou no rosto dela e disse *"abi"*.
Contato físico afetivo	B Aceitou bem o carinho que a avaliadora fez em suas costas, permanecendo próximo dela. Esboçou sorriso nesse contexto e não apresentou desconforto.	B Aceitou bem o carinho que a avaliadora fez em suas costas e em sua barriga, permanecendo próximo dela e parecendo confortável nesse contexto.	A Aceitou bem o carinho da avaliadora em sua barriga. Em outra situação, aproximou-se espontaneamente dela e mostrou as suas costas (erguendo a blusa), a fim de pedir que ela lhe fizesse carinho, buscando, assim, o contato afetivo.

dimentos, sem deixar de lado o olhar cuidadoso e a flexibilidade do profissional, necessários para a compreensão dos casos.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Backes, B., Monego, B. G., Bosa, C. A., & Bandeira, D. R. (2014). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação do transtorno do espectro do autismo: Uma revisão sistemática de estudos brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 63*(2), 154-164.

Backes, B., Zanon, R. B., & Bosa, C. A. (2013). A relação entre regressão da linguagem e desenvolvimento sociocomunicativo de crianças com transtorno do espectro do autismo. *CoDAS, 25*(3), 268-273.

Baird, G., Charman, T., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., ... Simonoff, E. (2008). Regression, developmental trajectory and

associated problems in disorders in the autism spectrum: the SNAP study. *Journal Autism Developmental Disorder, 38*(10), 1827-1836.

Bosa, C. (2009). Compreendendo a evolução da comunicação do bebê: Implicações para a identificação precoce do autismo. In V. G. Haase, F. O. Ferreira, & F. J. Penna (Orgs.), *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência*. Belo Horizonte: Coopmed.

Bosa, C. A., Zanon, R. B., & Backes (no prelo). Autismo: Construção do protocolo de avaliação do comportamento da criança – PROTEA-R. *Psicologia: Teoria e Prática*.

Bosa, C. A., Zanon, R. B., & Backes, B. (2013). *Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro do Autismo (PROTEA)*. Porto Alegre. Material não-publicado.

Brasil. (2012). *Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012*. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3o do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo*. Brasília: Ministério da Saúde.

Cardoso, C., Rocha, J. F., Moreira, C. S., & Pinto, A. L. (2012). Social cognitive performance and different communication settings in groups of children with different disorders. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 24*(2),140-144.

Carpenter, M., Nagell, K., & Tomasello, M. (1998). Social cognition, joint attention and communicative competence from 9 to 15 month of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 63*(4), 255.

Castro-Souza, R. M. (2011). *Adaptação brasileira do M-CHAT (Modified Checklist for autism in toddlers)* (Tese de doutorado não-publicada, Universidade de Brasília, Brasília).

Centers for Disease Control and Prevention (CDCP). (2010). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years: Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR, 63*(2), 1-21.

Clifford, S., & Dissanayake, C. (2008). The early development of joint attention in infants with autistic disorder using home video observations and parental interview. *Journal of Autism and Development Disorders, 38*, 791-805.

De Paula, C. S., & Bordini, D. (2014). *Um modelo de intervenção precoce para autismo aplicado à saúde pública*. Anais do IV congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e profissão. São Paulo.

Hobson, P. (1993). Understanding persons: The role of affect. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. J. Cohen (Orgs.), *Understanding other minds: Perspectives from autism*. Oxford: Oxford Medical.

Kanner, L. (1943). Affective disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.

Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B. M., Silvia, E., ... & Lerner, R. (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 13*(1), 31-52.

Kupfer, M. C. M. (2009). Predictive value of risk signals for the child development: A psychoanalytical study. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6, 48-68.

Lampert, S. S., & Bosa, C. A. (2014). *Programa de capacitação em identificação precoce do transtorno do espectro do autismo para agentes comunitários e visitadores em saúde: Evidência de efetividade*. 1º Congresso Brasileiro de Autismo aplicado ao SUS. Material não-publicado.

Lerner, R. (2011). *Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: Verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo).

Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E., Leventhal, B., DiLavore, P., ... Rutter, M. (2000). The autism diagnostic observation schedule–generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*(3), 205-223.

Lord, C., Rutter, M., & Counteur, A. (1994). Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorder. *Journal of Autism and Development Disorder, 24*, 659-685.

Losapio, M. F., & Ponde, M. P. (2008). Tradução para o português da escala M-CHAT pra rastreamento precoce de autismo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30*(3), 221-229.

Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, M. C., Pei, F., Stern, D., Golse, B., & Palacio-Espasa, F. (2002). Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 1239-1245.

Marques, D. F., & Bosa, C. A. (2010). *Aprimoramento e evidências de validade do protocolo de observação para crianças com suspeita de transtorno do espectro autista: Um estudo preliminar* (Tese de doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Marques, D., & Bosa, C. A. (2015). Autismo: Validação preliminar de um protocolo clínico de observação do comportamento. *Revista Psicologia: Teoria & Pesquisa, 31*(1), 43-51.

Nogueira, S. E. (2005). *Atenção conjunta e intersubjetividade: Um estudo longidudinal e um estudo comparativo em crianças autista e com desenvolvimento típico* (Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro).

Orr, E., & Geva, R. (2015). Symbolic play and language development. *Infant Behavior Development, 38*, 147-161.

Pickles, A., Simonoff, E., Conti-Ramsden, G., Falcaro, M., Simkin, Z., Charman, T., ... Baird, G. (2009). Loss of language in early development of autism and specific language impairment. *Journal of Child Psychological Psychiatry, 50*(7), 843-52.

Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*(2), 131-144.

Romeira, G., Backes, B., & Bosa, C. A. (2015). *Técnicas de engajamento entre avaliador e criança com transtorno do espectro autista em contexto lúdico de avaliação psicológica* (Trabalho de conclusão do curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

Rutter, M. L. (2011). Progress in understanding autism: 2007–2010. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*, 395-404.

Saint-Georges, C., Cassel, R., Cohen, D., Chetouani, M., Laznik, M., Maestro, S., & Muratoni, F. (2010). What studies of family home movie can teach us about autistic infants: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders, 4*, 355-366.

Tamanaha, A. C., Machado, G. M. G., Loebmann, C., & Perissinoto, J. (2014). Trajetória de aquisição e desenvolvimento de fala de crianças autistas com e sem história de regressão autística. *CoDAS, 26*(4), 265-269.

Tanguay, P. E. (2000). Pervasive developmental disorders: A 10-year review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(9), 1079-1095.

Tomasello, M. (2003). *Origens culturais da aquisição do conhecimento humano*. São Paulo: Martins Fontes. Originalmente publicado em 1999.

Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origens of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences, 28*, 675-735.

Trevarthen, C. (2000). Intrinsic motives for companionship in understanding: Their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*, 95-131.

Wiggins, L. D., Rice, C. E., & Baio, J. (2009). Developmental regression in children with an autism spectrum disorder identified by a population-based surveillance system. *Autism, 13*(4), 357-374.

Zanon, R. B., Backes, B., & Bosa, C. A. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais: Um estudo retrospectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 30*(1), 25-33.

Zwaigenbaum, L., Bryson, S., & Garon N. (2013). Early identification of autism spectrum disorders. *Behavioural Brain Research, 15*(251), 133-146.

LEITURAS RECOMENDADAS

Bosa, C. A. (2011). *Manual de orientação ao estagiário*. Porto Alegre. Material não-publicado.

Ozonoff, S., Iosif, A. M., Baguio, F., Cook, I. C., Hill, M. M., Hutman, T., ... Young, G. S. (2010). A prospective Study of the emergence os early behavioral signs of autism. *Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(3), 256-266.

Steyer, S., & Bosa, C. A. (2014). *Efetividade de um programa de capacitação em identificação precoce do transtorno do espectro do autismo na atenção básica em saúde: Contribuições da psicologia*. Anais do IV congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e profissão. São Paulo.

Trevarthen, C., Aitken, K., Papoudi, D., & Robarts, J. (1996). *Children with autism: Diagnosis and interventions to meet their needs*. London: Jessica Kingsley.

25

PSICODIAGNÓSTICO E TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE

Flávia Wagner
Luis Augusto Rohde

No contexto clínico, psicólogos, psiquiatras e neurologistas têm recebido com frequência pacientes com suspeita de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). O TDAH é um transtorno neurodesenvolvimental caracterizado pela presença de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade em um grau inconsistente com o nível de desenvolvimento, impactando no funcionamento social, acadêmico e/ou profissional (American Psychiatric Association [APA], 2014). Desatenção, hiperatividade e impulsividade são características que estão presentes no comportamento de qualquer pessoa, podendo variar em intensidade conforme o período de desenvolvimento, fatores ambientais e culturais, características de personalidade e outros diagnósticos clínicos – psiquiátricos ou não. Por isso, o diagnóstico de TDAH é complexo e exige treinamento e experiência por parte dos profissionais da saúde. Diante disso, nosso objetivo neste capítulo será instrumentalizar o psicólogo na realização da avaliação desse transtorno, problematizando, em especial, as limitações dos testes psicológicos no processo diagnóstico.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico de TDAH é essencialmente clínico (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance [CADDRA], 2011). Até o presente momento, não existem escalas comportamentais, testes psicológicos ou exames clínicos que possam detectar o transtorno (Pliszka & Aacap Work Group on Quality Issues [AACAP], 2007). O diagnóstico clínico é baseado nos critérios operacionais definidos de acordo com sistemas classificatórios, como o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) (APA, 2014) ou a *Classificação internacional de doenças* (CID-10) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993). Além de apresentarem nomenclaturas distintas – transtorno de déficit de atenção/hiperatividade no DSM-5 e transtorno hipercinético na CID-10 –, a CID exige a presença de sintomas em todas as dimensões (hiperatividade-impulsividade e desatenção) para o diagnóstico, enquanto o DSM prevê a existência de apresentações clínicas distintas de acordo com a predominância de sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade. Neste capítulo, adotaremos a definição operacional proposta pelo DSM, pois grande parte das pesquisas aqui citadas se baseia nessa definição. Além disso, a quinta edição do DSM foi recentemente publicada, tendo sido os critérios diagnósticos definidos a partir de amplas discussões baseadas em estudos atuais (para uma revisão, ver Coghill & Seth, 2011; Swanson, Wigal, & Lakes, 2009).

Assim, com base no DSM-5 (Quadro 25.1), o diagnóstico é feito quando: a) estiverem presentes seis ou mais sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade por seis meses ou mais (para adultos, cinco sintomas são necessários em vez de seis); b) vários dos sintomas estiverem presentes antes dos 12 anos de idade; c) os sintomas estiverem presentes em dois ou mais ambien-

QUADRO 25.1
Critérios diagnósticos para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade segundo o DSM-5

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:
   a) Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades;
   b) Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
   c) Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente;
   d) Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho;
   e) Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
   f) Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado;
   g) Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades;
   h) Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos;
   i) Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas.
2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:
   a) Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira;
   b) Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado;
   c) Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado;
   d) Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente;
   e) Com frequência "não para", agindo como se estivesse com o motor ligado";
   f) Frequentemente fala demais;
   g) Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída;
   h) Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez;
   i) Frequentemente interrompe ou se intromete.

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes.

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental.

Fonte: Adaptado de APA (2014).

tes; d) houver prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional; e e) os sintomas não ocorrerem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico e não ser mais bem explicados por outro transtorno mental.

AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS

Fazemos a avaliação da presença, da duração e da gravidade dos sintomas por meio de entrevista clínica. Dependendo da idade do paciente, podemos fazer a entrevista com os pais ou responsáveis, com o próprio paciente e/ou com pessoas que convivam com ele, como cônjuges, por exemplo. Em geral, crianças mais novas podem não perceber ou minimizar os sintomas, mas o contato com elas nos permite analisar sinais e sintomas que podem indicar comorbidades ou atrasos no desenvolvimento. Devemos observar, por exemplo, alterações do afeto e do pensamento, desenvolvimento da linguagem, relacionamento com os pais e com o entrevistador, brincadeiras escolhidas,

entre outros. Apesar da importância da entrevista com o paciente, cabe reforçar que não devemos descartar o diagnóstico de TDAH se sintomas da tríade de desatenção, hiperatividade e impulsividade não estiverem presentes durante o contato com o clínico, já que os sintomas podem variar de acordo com o ambiente e suas demandas.

Recomendamos que o clínico pergunte sobre cada um dos 18 sintomas apresentados no DSM-5, investigando idade de início, frequência, se ocorre em alguma situação específica ou se é pervasivo e qual a gravidade de cada sintoma (Pliszka & AACAP, 2007). Nesse momento, cabe solicitar exemplos aos pais ou responsáveis, ou mesmo perguntar sobre situações específicas, o que auxilia a analisar se o informante compreendeu o que está sendo questionado. Além disso, um conhecimento aprofundado a respeito do desenvolvimento cognitivo e emocional também auxilia na análise do quanto cada sintoma deve ser considerado disfuncional. Na avaliação de adultos, é importante a obtenção de informações a partir de pessoas que convivam com o paciente, pois adultos tendem a minimizar a gravidade dos sintomas (Davidson, 2008). Por fim, a investigação da história clínica (ver Investigação da história clínica) também é importante para determinar se os sintomas não estão relacionados a algum evento ou situação específica, como nascimento de um irmão, perda na família, perda de emprego, desentendimentos entre os pais, desentendimentos conjugais, entre outros.

Além da entrevista realizada pelo clínico, também utilizamos com frequência, de forma complementar ou como *screening*, escalas de avaliação comportamental. No Brasil, está disponível gratuitamente a escala SNAP-IV, criteriosamente traduzida para o português brasileiro e indicada para crianças e adolescentes (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde, & Pinto, 2006). Essa escala é composta por 26 itens, sendo os primeiros 18 correspondentes aos sintomas do critério A do DSM-IV para TDAH e os demais referentes aos sintomas de transtorno de oposição desafiante (TOD). A avaliação é realizada por meio de uma escala Likert de 4 pontos, sendo os qualificadores "nem um pouco", "só um pouco", "bastante" e "demais". É uma escala autoaplicável e pode ser preenchida por pais e professores, que devem analisar com que frequência cada sintoma está presente. Para adultos, a Adult Self-Report Scale (ASRS) também foi traduzida para o português brasileiro e está disponível gratuitamente (Mattos, et al., 2006). Essa escala é composta por 18 itens desenvolvidos com base nos sintomas listados no DSM-IV, porém, houve uma adaptação para o contexto da vida adulta. A avaliação é feita por meio de uma escala Likert de 5 pontos utilizando-se os qualificadores "nunca", "raramente", "algumas vezes", "frequentemente" e "muito frequentemente".

Ainda, considerando o contexto brasileiro, a Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH (Benczik, 2000) foi desenvolvida para avaliar sintomas comportamentais do transtorno, além de problemas de aprendizagem e comportamentos antissociais, sendo preenchida pelo professor. Ela pode ser utilizada para avaliação de crianças e adolescentes de 6 a 17 anos e é de uso exclusivo do psicólogo. Também existe uma versão para adolescentes e adultos com idade entre 12 e 87 anos, denominada Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – ETDAH-AD (Benczik, 2013). É composta pelos fatores desatenção, impulsividade, aspectos emocionais, autorregulação da atenção, da motivação e da ação e hiperatividade. Pode ser aplicada de forma individual ou coletiva e é autoadministrável. Além de auxiliar na caracterização do transtorno, possibilita a identificação da intensidade dos sintomas e do nível de prejuízo. Ao contrário da versão para professores, a ETDAH-AD não é de uso exclusivo de psicólogos. Para ambas as escalas há estudos que evidenciam a fidedignidade e a validade de sua estrutura fatorial.

INVESTIGAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Alguns transtornos psiquiátricos também podem ser caracterizados pela presença de sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade, dificultando a realização de um diagnóstico preciso. A Tabela 25.1 apresenta as principais características que podem gerar dúvidas diagnósticas.

INVESTIGAÇÃO DE COMORBIDADES

A prevalência de comorbidades em pacientes com TDAH é alta, por isso, devemos investigar a presença de outros transtornos. Na infância, as comorbidades mais comuns são transtorno de oposição desafiante (cerca de 60%), transtorno da conduta (em torno de 15%), transtornos do humor – unipolar e bipolar (em torno de 25%), de ansiedade (cerca de 30%) e de aprendizagem (em

TABELA 25.1
Diagnóstico diferencial

Transtorno	Características comuns	O que investigar
Transtorno de oposição desafiante (TOD)	• Recusa para se engajar em tarefas acadêmicas ou profissionais	• Investigar qual a motivação da recusa, que no TOD está relacionada a negatividade, hostilidade e desafio
Transtorno específico da aprendizagem	• Baixo desempenho e falta de interesse em atividades acadêmicas • Aparente desatenção na realização das tarefas acadêmicas	• Investigar capacidade cognitiva e habilidades específicas (escrita, leitura e matemática) • Investigar se a desatenção está presente fora dos ambientes acadêmicos
Transtorno do desenvolvimento intelectual	• Sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade • Desatenção e hiperatividade em ambientes que exigem desenvolvimento cognitivo além daquele que o paciente apresenta	• Considerar se a gravidade e a frequência dos sintomas são maiores se considerado o nível de desenvolvimento • Sintomas estão presentes apenas em contextos acadêmicos
Transtorno do espectro autista	• Desatenção, disfunção social e comportamento de difícil manejo	• Investigar a capacidade de envolvimento social
Transtorno de ansiedade	• Desatenção e agitação	• Investigar se os sintomas estão relacionados a preocupações ou ruminações
Transtorno bipolar	• Impulsividade, aumento de atividade, desatenção	• Verificar se há episodicidade • Verificar se há grandiosidade, hipersexualidade e outras características do transtorno bipolar

torno de 25%). Já em adultos, além dos transtornos do humor e ansiedade (com prevalência de cerca de 30 e 50%, respectivamente), também se destacam a dependência de álcool e outras drogas (aproximadamente 30%) e o transtorno da personalidade antissocial (em torno de 30%) (Biederman, 2005).

INVESTIGAÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Também devemos investigar fatores pré e perinatais que são considerados de risco para TDAH, especialmente a exposição ao álcool e ao cigarro durante a gestação e o baixo peso ao nascer (Biederman, 2005). A avaliação do desenvolvimento do paciente nos primeiros anos de vida pode ser útil tanto para o diagnóstico diferencial quanto para identificar características que podem estar presentes já em lactentes, como um bebê que é considerado de difícil consolo, que apresenta maior irritabilidade e dificuldades de alimentação e sono, embora tais características possam ser precursoras de outros transtornos mentais (Rohde & Halpern, 2004). O histórico médico também deve ser questionado, pois sintomas de TDAH, especialmente desatenção, podem estar presentes em algumas condições, como deficiências auditivas e visuais, traumatismo craniencefálico, encefalopatia, hipertireoidismo e intoxicação por chumbo. Apenas quando houver fortes evidências de alguma outra condição médica, exames de imagem e laboratoriais devem ser solicitados (Pliszka & AACAP, 2007). A investigação da presença de psicopatologia na família é essencial. Estudos indicam que o risco de ter TDAH é 2 a 8 vezes maior em pais e irmãos de indivíduos com o transtorno (Biederman, 2005). Também devemos investigar a organização familiar, pois ambientes

desorganizados e inconsistentes tendem a exacerbar os sintomas de pacientes com TDAH (Pliszka & AACAP, 2007).

USO DE TESTES PSICOLÓGICOS

A avaliação psicológica das funções cognitivas não é necessária para o diagnóstico, mas é recomendada quando há suspeita de limitações cognitivas, transtorno do desenvolvimento intelectual ou transtorno específico da aprendizagem e para o entendimento do funcionamento (áreas de força e dificuldades) neurocognitivo do paciente (Pliszka & AACAP, 2007). Apesar disso, a avaliação psicológica, envolvendo tanto testagem cognitiva quanto de personalidade e/ou projetiva, pode ser útil no entendimento do caso, bem como na determinação dos encaminhamentos e tratamentos necessários e no monitoramento do progresso do paciente (Davidson, 2008; Stefanatos & Baron, 2007).

AVALIAÇÃO COGNITIVA

O estudo do perfil cognitivo do TDAH teve como foco, inicialmente, a busca por um único déficit cognitivo que pudesse explicar, ou mesmo causar, os sintomas desse transtorno. No entanto, até o momento, nenhum déficit cognitivo associado a todos os casos de TDAH foi identificado. Ao contrário, pesquisas recentes têm demonstrado que déficits em múltiplas funções podem estar presentes em pacientes com TDAH, embora nenhum deles esteja presente em todos eles. Diante disso, a compreensão atual em relação ao perfil cognitivo do TDAH sugere a existência de "múltiplos caminhos" ou múltiplos déficits que podem coexistir em um mesmo indivíduo (Nigg, 2006; Sonuga-Barke, 2005). Nesse sentido, o TDAH é considerado heterogêneo, ou seja, diferentes indivíduos podem apresentar perfis distintos em diferentes domínios cognitivos e motivacionais. Além disso, diversos déficits presentes em indivíduos com TDAH também estão presentes em outros transtornos psiquiátricos. Por isso, os testes psicológicos disponíveis têm limitada aplicabilidade para determinar o diagnóstico clínico (Sonuga-Barke & Coghill, 2014; Sonuga-Barke, Sergeant, Nigg, & Willcutt, 2008).

O Modelo de Múltiplos Caminhos (Sonuga-Barke, 2005; Sonuga-Barke, Bitsakou, & Thompson, 2010) sugere que déficits em três domínios podem estar presentes: 1) disfunções executivas devido ao déficit no controle inibitório, associadas ao córtex pré-frontal; 2) aversão à resposta tardia, associada ao *nucleus accumbens*; e 3) percepção temporal, associada ao cerebelo e aos núcleos da base. A tarefa que melhor captura os déficits no controle inibitório é a Stop Task. Ela é realizada no computador e possibilita a avaliação acurada do tempo de reação e também do tempo de reação a um sinal que indica que o paciente deve inibir uma resposta já em andamento. O escore que melhor reflete esse construto é o Stop Signal Reaction Time (SSRT), que indica o tempo que o examinando precisa para inibir sua resposta após ouvir o sinal para isso (Lijffijt, Kenemans, Verbaten, & van Engeland, 2005). Outro teste bastante utilizado para avaliar o controle inibitório é o CPT II (Conners, 2000), em que o paciente deve apertar um botão sempre que visualizar alguma letra do alfabeto, exceto a letra X. O X aparece com pouca frequência, sendo necessário inibir um comportamento em andamento e mais frequente (responder sempre que uma letra é visualizada) para conseguir não responder à letra X. O melhor indicador do controle inibitório é o escore comissões, que indica o número de vezes que o examinando respondeu à letra X. Embora os resultados em relação ao controle inibitório sejam mais robustos, também estão presentes déficits na memória de trabalho, no planejamento, na vigilância, na fluência e, em menor grau, no controle de interferência e na capacidade de mudança de contexto (*set shifting*) (Willcutt, Sonuga-Barke, Nigg, & Sergeant, 2008).

Além do controle inibitório, estudos têm corroborado o Modelo de Múltiplos Caminhos e demonstram que a aversão à resposta tardia também pode ser deficitária em indivíduos com TDAH (Sonuga-Barke et al., 2008; Willcutt, Sonuga-Barke, Nigg, & Sergeant, 2008). A aversão à resposta tardia é a capacidade de aguardar por mais tempo para obter uma resposta mais vantajosa, e pode ser medida por meio de tarefas experimentais que envolvam recompensas reais ou aquelas que envolvam tomada de decisão, como o Iowa Gambling Task (Bechara, A. R. Damasio, H. Damasio, & Anderson, 1994). O terceiro caminho proposto no Modelo, também corroborado por estudos recentes, indica que pacientes com TDAH podem apresentar déficits no processamento temporal. O processamento temporal abrange várias habilidades que envolvem a percepção e a representação de intervalos de tempo, mas os principais déficits associados ao TDAH

são relacionados a discriminação e reprodução de intervalos de tempo e a resposta motora ritmada, geralmente medida por meio de um paradigma chamado *Tapping* (Toplak, Dockstader, & Tannock, 2006).

Além dos déficits já citados, os déficits na variabilidade no tempo de reação e na velocidade de processamento também estão presentes em indivíduos com TDAH. Esses construtos são mais bem avaliados por meio de tarefas computadorizadas que possibilitam a mensuração do tempo de reação em milissegundos. No entanto, a velocidade de processamento também pode ser avaliada por meio dos subtestes Procurar Símbolos e Códigos das Escalas Wechsler, do Stroop (estímulos congruentes), entre outros testes que requerem rapidez de resposta. A variabilidade no tempo de reação costuma ser analisada por meio do desvio-padrão do tempo de reação, que permite avaliar quanto o tempo de reação do examinando varia em relação a sua própria média (Willcutt et al., 2008). O teste CPT II apresenta escores que indicam essa variabilidade, como o desvio-padrão do tempo de reação. De acordo com o Modelo Cognitivo Energético, essa variabilidade pode ser interpretada como um déficit no *pool* de excitação (*arousal*) (Huang-Pollock, Karalunas, Tam, & Moore, 2012). O Modelo Cognitivo Energético (Sergeant, 2005) é uma tentativa de reunir processos *top-down* (funcionamento executivo) e *bottom-up* (processamento de informações) em uma mesma teoria, sendo dividido em três níveis de funcionamento: processamento da informação, fatores de estado (*statefactors*) e gerenciamento/funcionamento executivo desses fatores. O *pool* de excitação (*arousal*) pode ser definido como uma resposta fásica ligada ao momento do estímulo, sendo tipicamente influenciado pela intensidade e novidade do estímulo. Nesse sentido, um déficit nesse *pool* pode levar a uma maior variabilidade no tempo de reação quando uma tarefa monótona, repetitiva e longa é realizada. Também fazem parte dos fatores de estado a ativação (*activation*) e o esforço (*effort*). A ativação é associada à prontidão fisiológica tônica para responder, ou seja, a capacidade do indivíduo para adaptar-se a uma mudança na tarefa. Um déficit nesse *pool* pode ser observado em tarefas que têm estímulos que aparecem com velocidades distintas, sendo mais difícil para indivíduos com TDAH ajustarem seu tempo de reação quando os estímulos aparecem de forma mais lenta. O esforço (*effort*) é responsável pela ativação ou inibição dos *pools* de ativação e excitação, sendo necessário quando a energia exigida para uma tarefa não é compatível com o estado atual do organismo. O esforço é, então, o ajuste necessário para adequar-se à demanda cognitiva de uma tarefa e pode ser afetado pela motivação e pela presença de recompensas ou punições. Podemos observar um déficit no *pool* de esforço, por exemplo, no subteste Dígitos das Escalas Wechsler, quando o examinando apresenta melhor desempenho em Ordem Inversa, que é uma tarefa mais complexa, do que em Ordem Direta. Nesse caso, o ajuste da energia necessária para realizar a tarefa Ordem Direta foi deficitário, resultando em pior desempenho em uma tarefa mais simples. O terceiro nível desse Modelo, gerenciamento/funcionamento executivo, está associado ao córtex pré-frontal e reúne habilidades de monitoramento e planejamento.

Em relação à inteligência geral, o TDAH pode ocorrer em todas as faixas de quociente de inteligência (QI). No entanto, quando analisado o grupo de indivíduos com o transtorno, a inteligência geral tende a ser mais baixa em pacientes com TDAH (Willcutt et al., 2008). Isso provavelmente ocorre porque testes que compõem as baterias de avaliação de QI incluem subtestes que avaliam funções alteradas no transtorno, como as citadas anteriormente.

O uso de testes ou tarefas para avaliação cognitiva pode ser útil na determinação de forças e fraquezas relacionadas ao perfil neuropsicológico, possibilitando o planejamento de intervenções adequadas. No entanto, é importante destacar que os testes psicológicos podem apresentar validade ecológica limitada, especialmente aqueles relacionados a funções executivas, como controle inibitório, planejamento e memória de trabalho (Jurado & Rosselli, 2007). Escalas que avaliam comportamentos relacionados a funções executivas, como a Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) (Gioia, Isquith, Guy, & Kenworthy, 2000), por exemplo, não apresentam alta correlação com testes de desempenho que avaliam as diferentes facetas do funcionamento executivo (Barkley & Murphy, 2010; Toplak, West, & Stanovich, 2013). Isso indica que os testes não conseguem capturar as dificuldades decorrentes de disfunções executivas da forma como elas se apresentam no contexto diário dos pacientes. Além disso, a avaliação cognitiva geralmente ocorre em um contexto estruturado e de alta motivação, o que não reflete as condições do dia a dia do paciente e contribui para que seu

desempenho nos testes não reflita suas reais dificuldades funcionais.

A Tabela 25.2 apresenta alguns testes que podem ser utilizados para avaliar as principais funções citadas, entretanto, muitos deles não estão disponíveis comercialmente no Brasil e/ou são utilizados apenas no contexto de pesquisa. Por isso, pode ser bastante útil observar como o paciente resolve cada tarefa e como se comporta quando está realizando uma atividade. Por exemplo, podemos observar a aversão à resposta tardia em indivíduos que frequentemente questionam o examinador se a avaliação está acabando ou quantos itens faltam para uma atividade terminar. Outros podem desistir quando percebem que um item é muito difícil, mesmo antes de tentar resolvê-lo. Especificamente em relação aos adultos, é comum haver atrasos, faltas e esquecimentos sobre as combinações realizadas nos atendimentos. Embora não tenham valor diagnóstico, essas observações podem ser importantes no entendimento do caso.

TABELA 25.2
Funções cognitivas relacionadas ao TDAH

Funções cognitivas	Tarefas ou testes
Inteligência	WISC-IV* e WAIS-III*
Controle inibitório	Stop Task, CPT II e CPT III
Variabilidade no tempo de reação	CPT II, CPT III e TAVIS III*
Velocidade de processamento	Códigos, Procurar Símbolos (Escalas Wechsler)*, Stroop, CPT II e CPT III
Memória de trabalho	Dígitos, Sequência de Números e Letras (Escalas Wechsler)* e Blocos de Corsi
Planejamento	WCST*, Figura Complexa de Rey*, Torre de Hanói e Torre de Londres
Vigilância	CPT II, CPT III e TAVIS III*
Fluência	FAS
Mudança de contexto	WCST*
Controle de interferência	Stroop
Processamento temporal	Tapping
Aversão à resposta tardia	Iowa Gambling Task

*Testes comercializados no Brasil.

AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE/PROJETIVA

Não existe recomendação para utilização de avaliação de personalidade ou projetiva para o diagnóstico de TDAH, mas seu uso pode ser útil para avaliação dos traços de personalidade e do teste de realidade (CADDRA, 2011). Além disso, o uso desses testes pode ser interessante para o entendimento do caso e investigação de características comportamentais ou conflitos psicodinâmicos que podem estar presentes. Ainda, características como baixa autoestima e disforia podem decorrer da dificuldade de lidar com as limitações relacionadas ao TDAH (Pliszka & AACAP, 2007) e, nesse contexto, podem ser identificadas por meio desses instrumentos. Dificuldades no relacionamento com pares e estilos parentais disfuncionais também podem estar presentes (Stefanatos & Baron, 2007) e a identificação e tratamento é importante para o sucesso do tratamento. Em adultos, em função das dificuldades acadêmicas, ocupacionais e interpessoais, podem estar presentes sentimentos de incompetência, baixa autoestima e um autoconceito negativo (Davidson, 2008). O temperamento de pacientes adultos com TDAH, considerando o Modelo Psicobiológico de Cloninger, costuma ser relacionado a escores altos nos fatores busca de novidade e esquiva de dano, que refletem tendência a comportamentos impulsivos e de quebra de regras e ansiedade e medo, respectivamente. Há uma correlação negativa com persistência e dependência de gratificação, ou seja, adultos com TDAH tendem a ser menos persistentes em condições de fadiga e frustração e menos sociáveis e sensíveis a pistas sociais (Gomez, Woodworth, Waugh, & Corr, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisas recentes têm enfatizado cada vez mais a heterogeneidade do perfil dos pacientes com TDAH. Essa heterogeneidade está presente tanto na apresentação dos sintomas quanto no perfil

neuropsicológico. Alguns indivíduos com o diagnóstico podem, inclusive, não apresentar nenhum déficit cognitivo nos testes psicológicos disponíveis. Por isso, para a realização do diagnóstico, devemos ter como foco principal a entrevista clínica e a avaliação dos sintomas. Podemos utilizar os testes psicológicos de forma complementar, e eles são especialmente importantes quando há dúvida em relação à capacidade cognitiva geral do paciente.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: The predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of Clinical Neuropsychology, 25*(3), 157-173.

Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., & Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition, 50*(1-3), 7-15.

Benczik, E. B. P. (2000). *Manual da escala de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Benczik, E. B. P. (2013). *Escala de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ETDAH-AD*. São Paulo: Vetor.

Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry, 57*, 1215-1220.

Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). (2011). *Canadian ADHD practice guidelines* (3rd ed.). Toronto: CADDRA.

Coghill, D., & Seth, S. (2011). Do the diagnostic criteria for ADHD need to change? Comments on the preliminary proposals of the DSM-5 ADHD and Disruptive Behavior Disorders Committee. *European Child & Adolescent Psychiatry, 20*(2), 75-81.

Conners, C. K. (2000). *Conners' Continuous Performance Test (CPT II)*. North Tonawanda: Multi-Health Systems.

Davidson, M. A. (2008). ADHD in adults: A review of the literature. *Journal of Attention Disorders, 11*(6), 628-641.

Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)*. Lutz: Psychological Assessment Resources.

Gomez, R., Woodworth, R., Waugh, M., & Corr, P. J. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in an adult sample: Associations with Cloninger's temperament and character dimensions. *Personality and Individual Differences, 52*, 290-294.

Huang-Pollock, C. L., Karalunas, S. L., Tam, H., & Moore, A. N. (2012). Evaluating vigilance deficits in ADHD: A meta-analysis of CPT performance. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(2), 360-371.

Jurado, M. B., & Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: A review of our current understanding. *Neuropsychology Review, 17*(3), 213-233.

Lijffijt, M., Kenemans, J. L., Verbaten, M. N., & van Engeland, H. (2005). A meta-analytic review of stopping performance in attention-deficit/hyperactivity disorder: Deficient inhibitory motor control? *Journal of Abnormal Psychology, 114*(2), 216-222.

Mattos, P., Segenreich, D., Saboya, E., Louzã, M., Dias, G., & Romano, M. (2006). Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 33*, 188-194.

Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., Rohde, L. A., & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 28*, 290-297.

Nigg, J. T. (2006). *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. New York: Guilford.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (1993). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10* (3. ed.). São Paulo: EDUSP.

Pliszka, S., & Aacap Work Group on Quality Issues (AACAP). (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(7), 894-921.

Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Atualização. *Jornal de Pediatria, 80*, S61-S70.

Sergeant, J. A. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: A critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biological Psychiatry, 57*(11), 1248-1255.

Sonuga-Barke, E. J. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: From common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry, 57*, 1231-1238.

Sonuga-Barke, E. J., & Coghill, D. (2014). The foundations of next generation attention-deficit/hyperactivity disorder neuropsychology: Building on progress during the last 30 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(12), e1-5.

Sonuga-Barke, E. J., Bitsakou, P., & Thompson, M. (2010). Beyond the dual pathway model: Evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*, 345-355.

Sonuga-Barke, E. J., Sergeant, J. A., Nigg, J., & Willcutt, E. (2008). Executive dysfunction and delay aversion in attention deficit hyperactivity disorder: Nosologic and diagnostic implications. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17*(2), 367-384.

Stefanatos, G. A., & Baron, I. S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A neuropsychological perspective towards DSM-V. *Neuropsychology Review, 17*(1), 5-38.

Swanson, J. M., Wigal, T., & Lakes, K. (2009). DSM-V and the future diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports, 11*(5), 399-406.

Toplak, M. E., Dockstader, C., & Tannock, R. (2006). Temporal information processing in ADHD: Findings to date and new methods. *Journal of Neuroscience Methods, 151*(1), 15-29.

Toplak, M. E., West, R. F., & Stanovich, K. E. (2013). Practitioner review: Do performance-based measures and ratings of executive function assess the same construct? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(2), 131-143.

Willcutt, E. G., Sonuga-Barke, E. J. S., Nigg, J. T., & Sergeant, J. A. (2008). Recent developments in neuropsychological models of childhood psychiatric disorders. In T. Banaschewski, & L. A. Rohde (Eds.), *Advances in biological psychiatry, biological child psychiatry: Recent trends and developments* (Vol. 24). Basel: Karger.

26

PSICODIAGNÓSTICO E ALTERAÇÕES DO HUMOR

Andre Goettems Bastos
Marcelo Pio de Almeida Fleck

O termo *alterações do humor*, na linguagem clínica, tem sido empregado para referir-se tanto a estados afetivos considerados "normais" (tristeza, alegria) quanto a um sintoma que se relaciona com determinados tipos de doenças. Como sintomas, alterações bruscas e/ou profundas do humor estão diretamente ligadas ao que chamamos de *transtornos do humor*.

No entanto, em algumas circunstâncias, é de extrema dificuldade clínica diferenciar a tristeza e a alegria "normais" dos sintomas típicos dos transtornos do humor (depressão, bipolaridade, distimia e estados de luto). Nesses casos, a avaliação psicológica clínica (psicodiagnóstico), em conjunto com a avaliação psiquiátrica tradicional, é de grande utilidade.

O objetivo deste capítulo é demonstrar a utilidade do psicodiagnóstico para a identificação dos transtornos do humor, priorizando as técnicas mais utilizadas para tanto. Talvez o tema central aqui seja *a avaliação psicológica clínica voltada à classificação nosológica e ao diagnóstico diferencial*. Com isso, esperamos auxiliar profissionais e estudantes da saúde mental.

ASPECTOS GERAIS DOS TRANSTORNOS DO HUMOR

Os transtornos do humor estão entre as doenças neuropsiquiátricas mais frequentes. A depressão unipolar é considerada uma doença que inclui alterações somáticas, neurocognitivas e comportamentais que variam de caso a caso (Machado-Vieira & Soares, 2007). O transtorno bipolar é uma doença grave e que pode se tornar crônica, afetando cerca de 1,3% da população geral (Rush, 2003). Há, ainda, a distimia e os estados de luto normal e patológico, que também confundem o diagnóstico e podem acarretar problemas de indicação terapêutica. Todos os transtornos do humor estão, até certo grau, associados com incapacitação social e profissional (Bastos & Trentini, 2013), causando sofrimento psíquico e familiar significativo (Luyten & Blatt, 2012).

Pacientes com depressão unipolar apresentam sintomas típicos, como insônia, tristeza frequente, desmotivação, perda do apetite, dificuldades de concentração e desesperança (Goodwin & Jamison, 2007). Esses sintomas também podem aparecer na distimia e nos estados de luto. Pacientes bipolares, por sua vez, apresentam sintomas associados a mania ou hipomania (aumento da atividade motora, sentimento de grandiosidade e euforia). Em alguns casos, também podem apresentar sintomas psicóticos (Goodwin & Jamison, 2007). Quando deprimidos, esses pacientes costumam apresentar sintomas neurovegetativos "invertidos" (em relação aos observados na depressão unipolar), especialmente hipersonia, ganho de peso e aumento do apetite (Hirschfeld, 2014). Algum nível de alteração cognitiva pode estar presente em todos os tipos de transtornos do humor (Bastos, Guimarães, & Trentini, 2013).

TRIAGEM PSICOLÓGICA E PSIQUIÁTRICA DOS TRANSTORNOS DO HUMOR

O primeiro contato com o paciente já traz possíveis indicadores de alterações do humor. Na entrevista inicial, é comum fazer o *exame do estado mental do paciente*. A metodologia desse exame, inserido em um contexto psicodiagnóstico clínico, permite a identificação preliminar de sinais e/ou sintomas em algumas áreas da conduta humana (Erné, 2001), como atenção, sensopercepção, memória, orientação, consciência, pensamento, linguagem, inteligência, afetividade e conduta (para mais detalhes referentes ao exame do estado mental, consulte o Cap. 9).

No entanto, esse exame não é suficiente sozinho. A ele, devem-se juntar a *entrevista clínica*, que também agrega elementos diagnósticos (Tavares, 2001), e a *história do examinando*, que constitui uma área de superposição médico-psicológica, sendo rotina na avaliação psiquiátrica e psicológica (Cunha, 2001). Na história do examinando, salientam-se a *história clínica* e a *história pessoal* (anamnese).

Nessas entrevistas, é importante que algumas perguntas não deixem de ser feitas, pois o objetivo do psicodiagnóstico aqui é auxiliar o processo diagnóstico nosológico (Nussbaum, 2015). Essas perguntas servem para verificar a presença de um possível transtorno do humor. Mais detalhes sobre o exame diagnóstico segundo a quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) podem ser consultados em Nussbaum (2015) ou, ainda, no próprio DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014).

A seguir, há uma relação das perguntas, que devem ser contextualizadas à consulta com o paciente:

> Você tem se sentido triste, melancólico, para baixo, deprimido ou irritável?
>
> Você perdeu o interesse ou obtém menos prazer em relação às coisas que costumava gostar?

Antonio, Moreno e Roso (2006) sugerem que também sejam feitas as seguintes perguntas:

> Você vem tendo pouca energia?
>
> Você vem tendo perda de confiança em si mesmo?
>
> Você vem tendo dificuldade para concentrar-se?
>
> Você vem se sentindo mais devagar?
>
> Você vem tendo pensamentos pessimistas em relação a sua vida?

Se a resposta a qualquer uma das perguntas anteriores for sim, deve-se seguir:

> Esses períodos já duraram pelo menos duas semanas e lhe causaram problemas importantes com amigos ou parentes, no trabalho ou em outro lugar?

O leitor deve ter percebido que perguntas como essas buscam detectar um possível transtorno depressivo, e que se relacionam com os critérios diagnósticos do DSM-5 (APA, 2014). Seguindo a entrevista, é importante acrescentar outras perguntas:

> Houve ocasiões em que você sentiu, pelo menos durante alguns dias, o oposto da depressão? Estava tão alegre ou feliz que isso fez com que se sentisse diferente do habitual?
>
> Em caso afirmativo, pergunte:
>
> Nessas ocasiões, você se sentiu assim o dia inteiro ou somente parte do dia? Essas situações já duraram pelo menos uma semana? Esses períodos já lhe causaram problemas significativos com amigos ou parentes, no trabalho ou em outro ambiente? Você já teve de ser hospitalizado por causa disso?

De forma completar, as seguintes perguntas podem ser feitas (Silva & Cordás, 2006):

> Você já teve alteração brusca de humor?
>
> Você alguma vez se sentiu muito alegre (acima do normal), cheio de energia e agitado?
>
> Já chamaram sua atenção por estar muito falante e eufórico, com a sensação de ter mil ideias ao mesmo tempo?
>
> Você já se sentiu muito desanimado, sem ânimo para as atividades corriqueiras?
>
> Você já teve períodos de insônia por estar muito agitado ou muito triste?

Você já teve descontrole em relação às suas contas, gastando muito e comprando coisas sem necessidade?

ESCALAS DE AVALIAÇÃO

A identificação dos transtornos do humor em um psicodiagnóstico pode ser facilitada com o uso de instrumentos de avaliação psicométrica (Hirschfeld, 2014). No entanto, uma ressalva é necessária. Escalas *não fazem* diagnósticos. Na verdade, são como "termômetros" que medem a intensidade dos sintomas, mas não realizam o diagnóstico. Por exemplo, um termômetro que acusa 39°C de temperatura axilar não faz diagnóstico de infecção, já que outras condições podem elevar a temperatura. Assim, escores mais altos em uma escala de depressão podem ser encontrados em pacientes com luto, ansiedade, etc. Existem algumas escalas de depressão que foram desenvolvidas como rastreamento de depressão, mas todas elas precisam de uma avaliação diagnóstica *a posteriori*, pois sua sensibilidade, em geral, é alta, mas sua especificidade é baixa. As escalas mais utilizadas na clínica e na pesquisa em transtornos do humor encontram-se na Tabela 26.1.

O Beck Depression Inventory segunda versão (BDI-II) é uma escala extremamente sensível a mudanças no estado clínico. O BDI é provavelmente a medida de autoavaliação de intensidade de depressão mais amplamente utilizada, tanto em pesquisa quanto na clínica (Bastos & Trentini, 2013). Ela consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Ao final do levantamento da versão brasileira (Gorenstein et al., 2011), em que os escores são somados, pode-se fazer a classificação dos sintomas depressivos de intensidade mínima (0-13 pontos), leve (14-19 pontos), moderada (20-28 pontos) e grave (29-63 pontos).

A Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) também é bastante utilizada. Ela oferece graduações numéricas de 21 sintomas depressivos, que incluem, por exemplo, humor deprimido, sentimentos de culpa e agitação (Hamilton, 1960). Existem várias versões da escala, devendo o avaliador optar pela que melhor atende aos seus objetivos (Hirschfeld, 2014). A HDRS brasileira foi validada por Gorenstein e Andrade (1996).

O Patient Health Questionnaire (PHQ) é uma escala de aplicação bastante rápida. Trata-se de um instrumento multiaxial utilizado para triagem, diagnóstico, acompanhamento e mensuração do nível de depressão (Sprizer et al., 1999). O PHQ tem nove perguntas, e algumas delas incluem critérios diagnósticos do DSM-IV (APA, 1994). Os resultados do PHQ são categorizados, podendo ir de "sem depressão" até "depressão severa". Há uma versão em português, preliminarmente validada (Monteiro, Torres, Pereira, Albuquerque, & Morgadinho, 2013). Um estudo realizado no Brasil estimou o ponto de corte em >9 (Santos et al., 2013).

Os questionários Inventory of Depressive Symptomology (IDS) e Quick Inventory of Depressive Symptomology (QIDS) foram desenvolvidos para oferecer maior sensibilidade psicométrica do que o HDRS (Rush, 2003). Esses inventários incluem itens que avaliam sintomas de depressão (p. ex., nível de energia, acordar muito cedo, pensamentos de morte). Além disso, o IDS e o QIDS foram desenvolvidos para possibilitar autoaplicação e aplicação pelo avaliador. Apesar de existirem versões de ambos os testes em português, ainda não há estudos de adaptação e validação para o Brasil.

A Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MSDRS) foi desenvolvida inicialmente para ser utilizada em ensaios clínicos de pesquisas sobre medicamentos antidepressivos (Montgomery & Asberg, 1979), mas acabou se disseminando também na área clínica, sendo bastante utilizada. Ela consiste em 10 itens, que incluem tristeza aparente, tristeza relatada, estafa e pensamentos suicidas, aplicados por um avaliador. Carneiro, Fernandes e Moreno (2015) realizaram um estudo sobre as propriedades psicométricas do MSDRS no Brasil e obtiveram bons resultados, estabelecendo o ponto de corte em ≥4.

O Mood Disorder Questionnaire (MDQ) consiste em 15 questões e leva aproximadamente cinco minutos para ser completado (Hirschfeld et al., 2000). As primeiras 13 questões foram desenvolvidas para identificar sintomas maníacos ou hipomaníacos que o paciente possa ter tido no passado. As últimas questões avaliam grupos de sintomas e problemas funcionais. Pacientes que respondem "sim" a pelo menos 7 das 13 questões

TABELA 26.1
Principais escalas para transtornos do humor

Nome	Tipo	Número de questões	Tempo de aplicação (em minutos)	Referências
Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	Autoaplicado	21	< 10	Beck, Ster e Brown (1996) Adaptação brasileira: Gorenstein, Pang, Argimon e Werlang (2011)
Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	Aplicado pelo avaliador	21	< 20	Hamilton (1960)
Patient Health Questionnaire (PHQ)	Autoaplicado	9	< 5	Spitzer, Kroenke e Williams (1999)
Inventory of Depressive Symptomology (IDS) e Quick Inventory of Depressive Symptomology (QIDS)	Autoaplicado e aplicado pelo avaliador	30 (IDS) 16 (QIDS)	< 15 (IDS) < 7 (QIDS)	Rush, Gullion, Basco, Jarrett e Trivedi, (1996) Rush e colaboradores (2003)
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MSDRS)	Aplicado pelo avaliador	10	< 15	Montgomery e Asberg (1976) Snaith, Harrop, Newby e Teale (1986)
Mood Disorder Questionnaire (MDQ)	Autoaplicado	15	< 10	Hirschfeld e colaboradores (2000)
Hypomania/Mania Symptom Checklist (HCL-32)	Autoaplicado	32	< 15	Angst e colaboradores (2005)

iniciais e "problema moderado ou sério" nas perguntas de problemas funcionais são considerados positivos para a possibilidade de bipolaridade. A versão brasileira do MDQ foi validada por Gurgel, Rebouças, De Matos, Carneiro e De Matos e Souza (2012).

A Hypomania/Mania Symptom Checklist (HCL-32), por sua vez, é outra escala amplamente utilizada para triagem de transtorno bipolar (Angst et al., 2005). Ela avalia o estado emocional atual do paciente, assim como o nível de atividade, energia e humor. Além disso, dirige-se especificamente a sintomas de mania e hipomania, avaliando também questões do cotidiano do paciente, como frequência de brigas e desentendimento com os pares, quantidade de consumo de café ou álcool, e fumo de cigarros. O HCL-32 foi publicado no Brasil por Soares, Moreno, De Moura, Angst e Moreno (2010). Nesse estudo, o ponto de corte para transtorno bipolar foi ≥18 pontos.

Alguns instrumentos diagnósticos estruturados (como o MINI, SCID, SCAN, PRIME, etc.) são desenvolvidos especialmente para a realização do diagnóstico em ambiente de pesquisa. São utilizados quando se quer padronizar e uniformizar o processo diagnóstico. Sua sensibilidade e especificidade em relação ao exame clínico variam, mas alguns apresentam resultados satisfatórios. No entanto, eles nunca substituem de forma satisfatória o exame clínico.

Apesar de as escalas serem de grande valia, sozinhas não são suficientes para realizar o diagnóstico. Outros métodos devem ser acrescentados ao processo de avaliação. O diagnóstico de transtornos do humor é feito pela história clínica cuidadosa, pela entrevista objetiva com familiares e pelo diagnóstico diferencial com outras condições clínicas que podem levar a quadros semelhantes à depressão e que eventualmente exigem exames laboratoriais ou de imagem. Além disso,

alguns testes psicológicos também auxiliam no processo diagnóstico.

TESTES PSICOLÓGICOS

Alguns testes psicológicos podem ser de extrema valia para fortalecer a impressão diagnóstica de transtornos do humor. Entre eles, podemos citar o Rorschach, o TAT e o HTP (entre os testes projetivos) e as escalas Wechsler (entre os testes de avaliação cognitiva).

O Rorschach, o TAT e o HTP oferecem alguns dados sobre as características de personalidade de uma pessoa, o que permite que os traços de personalidade sejam separados dos efeitos de um transtorno sobre a personalidade (Bastos & Vaz, 2009; Freitas, 2001). Essas técnicas são muito úteis na detecção de traços depressivos e/ou hipomaníacos. A própria natureza das técnicas é voltada essencialmente para o entendimento dinâmico da personalidade e de sua estruturação. Essas técnicas oferecem um auxílio importante em termos de diagnóstico, levando-se em consideração que um entendimento dinâmico profundo pode servir de subsídio básico para um diagnóstico diferencial. Recomenda-se um estudo rigoroso das técnicas antes da aplicação, do levantamento e de sua interpretação.

As escalas Wechsler (WAIS, WISC e WASI) podem ser consideradas importantes recursos para o diagnóstico diferencial, para a identificação de habilidades e déficits cognitivos, e para a investigação do efeito de problemas emocionais no funcionamento cognitivo. As versões das escalas Wechsler disponíveis para utilização clínica no Brasil são WAIS-III (Nascimento, 2004), WISC-IV (Rueda, Noronha, Sito, Santo, & Castro, 2013) e WASI (Trentini, Yates, & Heck, 2014).

O diagnóstico de transtornos neuropsiquiátricos que afetam o funcionamento mental está entre os objetivos mais frequentes para sua utilização (Nascimento, 2004). A importância da utilização da WAIS, por exemplo, acentua-se diante da constatação de que tanto pacientes deprimidos quanto pacientes bipolares apresentam perfil cognitivo atípico, com prejuízos em áreas específicas da cognição (Bastos et al., 2013; Schneider, Candiago, Rosa, Ceresér, & Kapczinski, 2008). Além disso, Bastos, Gomes, Bandeira e Trentini (2011) demonstraram que o WAIS-III tem alto índice de confiabilidade para uso em pacientes deprimidos.

Basso, Combs, Purdie, Candilis e Bornstein (2013) e Bastos e colaboradores (2013) resumiram os principais domínios cognitivos que geralmente estão prejudicados em pacientes deprimidos: flexibilidade associativa, fluência semântica, memória de trabalho, velocidade de processamento e capacidade de aprendizagem. Além disso, a depressão pode afetar o potencial de inteligência, a compreensão verbal, a percepção espacial e o reconhecimento de objetos. Os pacientes bipolares, por sua vez, demonstram déficits cognitivos claros durante a fase aguda da doença, e esses déficits tendem a persistir mesmo quando o humor está estabilizado (Schneider et al., 2008). Estudos mostram que as alterações cognitivas encontradas em bipolares relacionam-se, principalmente, às seguintes funções: capacidade de aprendizagem, memória verbal, funções executivas e coordenação motora (Robinson et al., 2006).

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DAS ALTERAÇÕES DO HUMOR NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

O diagnóstico de depressão e bipolaridade na infância e na adolescência é permeado de dificuldades adicionais, em comparação com adultos. Pereira e Amaral (2007) apontam que os erros diagnósticos são mais frequentes em crianças e jovens, trazendo prejuízos importantes para o tratamento.

As dificuldades relatadas incluem os diferentes tipos de depressão existentes, a variabilidade maior do quadro clínico por meio de sintomas atípicos, as comorbidades, a sobreposição de fatores desenvolvimentais, a falta de queixa do próprio paciente e os problemas relacionados ao ambiente familiar (Assumpção Jr., 2000; Pereira & Amaral, 2007).

McClure, Kubiszyn e Kaslow (2002) apontam que os critérios diagnósticos de transtornos do humor na infância e na adolescência não são padronizados de forma tão fidedigna quanto em adultos, e que muitos estudos clínicos devem ser realizados para estabelecer esses diagnósticos com precisão suficiente. Mesmo que a avaliação clínica seja a melhor forma de se diagnosticar, alguns instrumentos podem facilitar essa investigação (Abaid, 2008; Pereira & Amaral, 2007).

Existem escalas e instrumentos de medida da presença e severidade de sintomas que foram desenvolvidos especificamente para a infância e a adolescência. As mais utilizadas são a Escala de Depressão para Adolescentes de Reynolds (Reynolds

Adolescent Depression Scale – RADS), a Escala de Depressão para Crianças de Reynolds (Reynolds Child Depression Scale – RCD), o Inventário de Depressão para Crianças (Children's Depression Inventory – CDI), a Escala de Depressão para Crianças (Children's Depression Scale – CDS), a Escala de Avaliação de Mania (Mania Rating Scale – MRS), e o Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL).

Entre os instrumentos citados, três têm versões em português com bons níveis psicométricos: o CDI (Golfeto, Veiga, Souza, & Barbeira, 2002; Wathier, Dell'Aglio, & Bandeira, 2008), o CDS (Pereira & Amaral, 2004) e o K-SADS-PL (Brasil, 2003). Esses instrumentos têm sido usados tanto em pesquisas como na clínica da infância e adolescência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, buscou-se compilar alguns recursos psicométricos a serem considerados para o psicodiagnóstico de possíveis transtornos do humor. O leitor deve ter compreendido que a testagem psicológica não substitui uma boa e profunda entrevista clínica; ela *soma-se* às entrevistas, em que se apresentam como fatores importantes o nível de experiência e a capacitação do profissional que realiza a avaliação (Bastos, 2014). No entanto, as escalas e os testes servem para subsidiar decisões clínicas e para fortalecer o processo avaliativo, trazendo evidências quantitativas e qualitativas sobre o paciente e sobre o que o acomete.

Algumas considerações finais devem ser feitas. O alto índice de comorbidade dos transtornos do humor e seus limites com outros diagnósticos devem ser sempre levados em consideração durante todo o psicodiagnóstico. O diagnóstico de um transtorno do humor deve levar em conta, antes de tudo, se os sintomas que o paciente apresenta podem ser causados por uma doença física e/ou por uso de drogas ou medicamentos. Além disso, o avaliador deve estar atento aos seguintes diagnósticos diferenciais: transtornos da personalidade, transtornos de ansiedade, alcoolismo, farmacodependências, transtornos esquizofrênicos e quadros demenciais, pois eles têm características que podem confundir o avaliador e levar a um falso-positivo para transtornos do humor.

REFERÊNCIAS

Abaid, J. L. W. (2008). *Vivências adversas e depressão: Um estudo sobre crianças e adolescentes institucionalizados* (Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington: APA.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T., ... Scott, J. (2005). The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders, 88*(2), 217-299.

Antonio, R., Moreno, R., & Roso, M. (2006). Transtorno depressivo. In N. De Abreu, F. T. Salzano, F. Vasques, R. Cangelli Filho, & T. A. Cordás (Orgs.), *Síndromes psiquiátricas: Diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.

Assumpção Jr., F. (2000). Diagnóstico e quadro clínico da depressão na infância e na adolescência. In B. Lafer, O. Almeida, R. Fráguas, & E. Miguel (Orgs.), *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed.

Basso, M., Combs, D., Purdie, R., Candilis, P., & Bornstein, R. (2013). Neuropsychological correlates of symptom dimensions in inpatients with major depressive disorder. *Psychiatry Research, 207*(1-2), 61-67.

Bastos, A. G. (2014). Diagnóstico psiquiátrico e clínica psicanalítica. *Interação em Psicologia, 18*(1), 109-117.

Bastos, A. G., & Trentini, C. M. (2013). Psicoterapia psicodinâmica e tratamento biológico com fluoxetina: Comparação de resposta cognitiva em pacientes deprimidos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 29*, 437-446.

Bastos, A. G., & Vaz, C. E. (2009). Estudo correlacional entre neuroimagem e a técnica de Rorschach em crianças com síndrome de Tourette. *Avaliação Psicológica, 8*(2), 229-244.

Bastos, A. G., Gomes, B., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2011). Reliability of the Brazilian WAIS-III in depressed patients. *Interamerican Journal of Psychology, 45*(3), 419-428.

Bastos, A. G., Guimarães, L., & Trentini, C. M. (2013). Neurocognitive changes in depressed patients in psychodynamic psychotherapy, therapy with fluoxetine and combination therapy. *Journal of Affective Disorders, 151*, 1066-1075.

Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck depression inventory – II (BDI-II)*. San Antonio: The Psychological.

Brasil, H. (2003). *Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version) e estudo de suas propriedades psicométricas* (Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo).

Carneiro, A., Fernandes, F., & Moreno, R. (2015). Hamilton depression rating scale and Montgomery-Asberg depression rating scale in depressed and bipolar I patients: Psychometric properties in a Brazilian sample. *Health and Quality of Life Outcomes, 13*(42), 111-121.

Cunha, J. (2001). A história do examinando. In J. Cunha. *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Erné, S. (2001). O exame do estado mental do paciente. In J. Cunha. *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Freitas, N. (2001). TAT: Teste de apercepção temática, conforme o modelo interpretativo de Murray. In J. Cunha, *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Golfeto, J., Veiga, M., Souza, L., & Barbeira, C. (2002). Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista de Psiquiatria Clínica, 29*(2), 66-70.

Goodwin, F., & Jamison, K. (2007). *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression* (2nd ed.). New York: Oxford University.

Gorenstein, C., & Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 29*(4), 453-457.

Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. I. L., & Werlang, B. S. G. (2011). *Manual do inventário de depressão de Beck: BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gurgel, W., Rebouças, D., De Matos, K., Carneiro, A., De Matos e Souza, F. (2012). Brazilian Portuguese validation of mood disorder questionnaire. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 308-312.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23*, 56-62.

Hirschfeld, R. (2014). Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 169*(1), 12-16.

Hirschfeld, R., Williams, J., Spitzer, R., Calabrese, J., Flynn, L., Keck, P., ... Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The mood disorder questionnaire. *American Journal of Psychiatry, 157*(11), 1873-1875.

Luyten, P., & Blatt, S. (2012). Psychodynamic treatment of depression. *Psychiatric Clinics of North America, 35*(1), 111-129.

Machado-Vieira, R., & Soares, J. (2007). Transtornos de humor refratários a tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*(2), 48-54.

McClure, E., Kubiszyn, T., & Kaslow, N. (2002). Advances in the diagnosis and treatment of childhood mood disorders. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*(2), 125-134.

Monteiro, S., Torres, A., Pereira, A., Albuquerque, E., & Morgadinho, R. (2013). Preliminary validation study of a Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *European Psychiatry, 28*(1), 01-02.

Montgomery, S., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry 134*, 382-389.

Nascimento, E. (2004). *Escala de inteligência Wechsler para adultos: WAIS III*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nussbaum, A. (2015). *Guia para o exame diagnóstico segundo o DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.

Pereira, D., & Amaral, V. (2004). Escala de avaliação de depressão para crianças: Um estudo de validação. *Estudos de Psicologia, 21*(1), 05-23.

Pereira, D., & Amaral, V. (2007). Validade e precisão da escala de avaliação de depressão para crianças. *Avaliação Psicológica, 6*(2), 189-204.

Robinson, L., Thompson, J., Gallagher, P., Goswami, U., Young, A., Ferrier, I., ... Moore, P. (2006). A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 93*(1), 105-115.

Rueda, F., Noronha, A., Sisto, F., Santo, A., & Castro, N. (2013). *Escala Wechsler de inteligência para crianças: WISC-IV*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rush, A. (2003). Toward an understanding of bipolar disorder and its origin. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*(6), 18-22.

Rush, A., Gullion, C., Basco, M., Jarrett, R., & Trivedi, M. (1996). The inventory of depressive symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine, 26*(3), 477-486.

Rush, A., Trivedi, M., Ibrahim, H., Carmody, T., Arnow, B., Klein, D., ... Keller, M. (2003). The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry, 54*(5), 573-583.

Santos, I., Tavares, B., Munhoz, T., Pio de Almeida, L., Silva, N., Tams, B., ... Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública 29*(8), 1533-1543

Schneider, J., Candiago, R., Rosa, A., Ceresér, K., & Kapczinski, F. (2008). Cognitive impairment in a Brazilian sample of patients with bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(3), 209-214.

Silva, J., & Cordás, T. (2006). Transtorno bipolar do humor. In N. De Abreu, F. T. Salzano, F. Vasques, R. Cangelli Filho, & T. A. Cordás (Orgs.), *Síndromes psiquiátricas: Diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.

Snaith, R., Harrop, M., Newby, D., & Teale, C. (1986). Grade scores of the Montgomery-Asberg depression and the clinical anxiety scales. *British Journal of Psychiatry, 148*, 599-601.

Soares, O., Moreno, D., De Moura, E., Angst, J., & Moreno, R. (2010). Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 32*(4), 416-420.

Spitzer, R., Kroenke, K., & Williams, J. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA, 282*(18), 1737-1744.

Tavares, M. (2001). A entrevista clínica. In J. Cunha. *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Trentini, C. M., Yates, D., & Heck, V. (2014). *Escala Wechsler abreviada de inteligência: WASI*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wathier, J., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica, 7*(1), 75-84.

27

PSICODIAGNÓSTICO E ANSIEDADE

Juliana de Lima Muller
Diogo Araújo DeSousa
Circe Salcides Petersen
Gisele Gus Manfro

As constantes exigências do mercado, as pressões no trabalho e nos estudos, os eventos estressantes da vida em sociedade e as inúmeras expectativas do dia a dia com família, cônjuge e amigos contribuem para que os sintomas de ansiedade sejam uma das queixas mais comuns entre as questões de saúde mental. De fato, o grupo dos transtornos de ansiedade é evidenciado como um dos mais prevalentes entre os transtornos mentais (Anselmi, Fleitlich-Bilyk, Menezes, Araujo, & Rohde, 2010; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005). Uma metanálise recente estimou a taxa de prevalência média dos transtornos de ansiedade em 7,3%, variando entre 0,9 e 28,3% em função de diferenças culturais e de aspectos metodológicos dos estudos (Baxter, Scott, Vos, & Whiteford, 2013). Em um estudo brasileiro, esses transtornos apresentaram uma prevalência, nos últimos 12 meses, de 19,9% (Andrade et al., 2012).

Ansiedade e medo são emoções naturais essenciais à vida, que envolvem um sistema complexo de respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais. No entanto, quando se apresentam de forma patológica, podem levar a sofrimento e prejuízo significativos, caracterizando os transtornos de ansiedade (Clark & Beck, 2012). A ansiedade é uma condição orientada para o futuro, ativada quando eventos ou circunstâncias antecipados são considerados aversivos, percebidos como imprevisíveis, incontroláveis ou uma possível ameaça aos interesses do indivíduo. Ela está frequentemente associada a tensão muscular, um estado de hipervigilância pela preparação em relação a um perigo iminente e a comportamentos de evitação ou cautela. Já o medo é a resposta emocional de alarme imediata a uma ameaça presente e está mais frequentemente associado a picos de excitação autonômica necessários para uma ação, em geral de fuga ou luta (Craske et al., 2009).

É importante, portanto, que o profissional que realiza o psicodiagnóstico saiba diferenciar quando a ansiedade e/ou o medo se apresentam dentro dos níveis esperados e quando se apresentam de forma patológica. Quando essas emoções se tornam desagradáveis e incômodas, surgindo de forma persistente e na ausência de um estímulo externo apropriado ou proporcional que as explique, são consideradas patológicas. Em um transtorno de ansiedade, a intensidade, a duração e a frequência dos sintomas de ansiedade e medo são elevadas e há prejuízo no desempenho social ou profissional do indivíduo (Craske et al., 2009). No psicodiagnóstico, para a avaliação da intensidade dos sintomas, deve-se considerar o período desenvolvimental da pessoa e o contexto em que ela está inserida. Para a avaliação da duração dos sintomas, normalmente seis ou mais meses caracterizam um nível elevado, embora esse tempo possa ser menor para alguns transtornos na infância (p. ex., transtorno de ansiedade de separação e mutismo seletivo; American Psychiatric Association [APA], 2014).

DESCRIÇÃO DOS QUADROS DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Na quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (APA, 2014), são descritos sete tipos principais de transtornos de ansiedade: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno de pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade generalizada. Todos compartilham características de ansiedade e medo excessivos, além de uma alteração comportamental relacionada. As características essenciais que os diferenciam são: (1) o tipo de objeto/situação que induz à ansiedade, ao medo, ou ao comportamento evitativo, e (2) a ideia cognitiva associada a tal objeto ou situação.

O transtorno de ansiedade de separação é caracterizado por sintomas de ansiedade/medo envolvendo o afastamento de figuras de apego importantes, sendo os sintomas impróprios, excessivos e recorrentes quando comparados à ansiedade e ao medo experimentados por outros indivíduos da mesma faixa etária em situações similares. Há uma preocupação persistente e demasiada acerca da possível perda ou perigos envolvendo figuras de apego e de que um evento indesejado leve à separação dessas figuras (p. ex., perder-se, ser sequestrado). Em função do medo da separação, o indivíduo poderá demonstrar relutância ou recusa em determinadas situações, como sair de casa, ir para a escola/trabalho, ficar sozinho, dormir fora de casa e ir dormir sem estar próximo a uma figura de apego. Pesadelos envolvendo o tema da separação podem estar presentes, além de queixas somáticas, como dor de cabeça e de estômago, náusea e vômito (APA, 2014). Até a quarta edição do DSM (APA, 2002), o transtorno de ansiedade de separação era um transtorno específico da infância e da adolescência. Já na quinta edição, são reconhecidas evidências da existência do transtorno também na vida adulta (APA, 2014).

O mutismo seletivo caracteriza-se por uma falha constante em falar em determinadas situações sociais em que exista uma expectativa para o ato da fala, como no trabalho e na escola, apesar de a pessoa não ter problemas ao falar em outras situações. Pessoas com esse transtorno apresentam prejuízo em seu crescimento educacional e ocupacional ou na comunicação social. Por sua vez, fobia específica se caracteriza por medo ou ansiedade acentuados de um objeto ou situação específicos, como altura, animais ou sangue. O objeto ou situação fóbico gera uma resposta imediata de ansiedade/medo e é evitado ou suportado com intensa ansiedade/medo (APA, 2014). Na avaliação psicodiagnóstica, deve-se observar que, entre crianças, o medo e/ou a ansiedade associados ao objeto fóbico podem se expressar por meio de choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento de agarrar-se.

O transtorno de ansiedade social, também denominado fobia social, é caracterizado por sintomas de ansiedade/medo acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas (p. ex., realizar uma apresentação em frente a um grupo de indivíduos). Em crianças, esse medo/ansiedade deve ocorrer em ambiente com pares, como colegas de escola, e não somente com adultos. O indivíduo que apresenta o transtorno teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade, pois pensa que serão avaliados negativamente pelos outros, podendo ser rejeitado e humilhado. Dessa forma, as situações sociais são evitadas ou suportadas com grande ansiedade/medo, sendo o estado emocional desproporcional ao perigo real oferecido pela situação social e ao contexto sociocultural (APA, 2014). A expressão dos sintomas poderá se diferenciar um pouco nas crianças, em quem o medo e a ansiedade poderão se expressar por meio de choro, ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, retraimento ou falha ao falar em situações sociais.

O transtorno de pânico se caracteriza por ataques de pânico recorrentes e inesperados. Esses ataques são surtos abruptos de medo ou desconforto intenso que atingem um pico em poucos minutos, e em que pelo menos quatro dos seguintes sintomas ocorrem: palpitações ou taquicardia; sudorese; tremores ou abalos; sensação de falta de ar ou sufocamento; sensação de asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; calafrios ou ondas de calor; parestesias, anestesias ou sensações de formigamento; desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo); medo de enlouquecer ou perder o controle; e medo de morrer. Além disso, no mínimo um dos ataques deve ser seguido (por um mês ou mais) por preocupação persistente acerca de novos ataques de pânico ou suas consequências (p. ex., ter um ataque cardíaco, "enlouquecer") e/ou por alteração comportamental significativa relacionada aos ataques (como ao

evitar exercícios por receio de que gerem um ataque de pânico; APA, 2014).

A agorafobia caracteriza-se por sintomas de medo/ansiedade marcantes, ocorrendo em pelo menos duas das seguintes situações: usar transporte público, estar em espaço aberto, estar em locais fechados, ficar em fila ou estar em uma multidão, e estar fora de casa sozinho. A pessoa com esse transtorno tem medo dessas situações ou as evita por pensar que escapar poderá ser difícil, ou pelo receio de que não conseguirá ajuda caso experimente sintomas de pânico ou outros sintomas incapacitantes e embaraçosos. Para indivíduos com agorafobia, essas situações são evitadas ou suportadas com medo ou ansiedade intensos, às vezes sendo enfrentadas somente com a presença de uma companhia (APA, 2014).

Por fim, o transtorno de ansiedade generalizada é caracterizado por sintomas de ansiedade refletidos em preocupações excessivas e persistentes, difíceis de controlar, e que ocorrem em diversos eventos ou atividades (como preocupações sobre o desempenho escolar/profissional). Pessoas com esse transtorno ainda apresentam pelo menos três dos seguintes sintomas associados a ansiedade e preocupação: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; fatigabilidade; dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono. Em crianças, a presença de um desses sintomas já poderá caracterizar o transtorno (APA, 2014).

É importante ressaltar que os transtornos de ansiedade apresentam elevadas taxas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, tanto em adultos quanto em crianças e adolescentes. As principais comorbidades encontradas são outros transtornos de ansiedade e transtornos depressivos (Costello, Egger, & Angold, 2005; Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn, & Sack, 1997). O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) também é uma comorbidade encontrada com frequência em indivíduos com transtornos de ansiedade. Um estudo de revisão identificou que 30% de uma amostra de crianças e adolescentes com TDAH apresentavam transtornos de ansiedade comórbidos e 50% dos adultos com esse transtorno também apresentavam transtornos de ansiedade (Bierdman, 2005). Por fim, outra comorbidade comumente encontrada são os transtornos relacionados ao uso e abuso de substâncias. Pessoas com transtornos de ansiedade chegam a ter um risco quatro vezes maior de desenvolver dependência ao álcool ou a outras drogas (Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000).

ETIOLOGIA DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

De forma simplificada, o modelo etiológico dos transtornos de ansiedade, de acordo com a abordagem cognitivo-comportamental, ocorre na interação de: 1) influências genéticas e ambientais; 2) circuitos neurais envolvidos nas emoções; 3) processos psicológicos; e 4) tendências comportamentais (Petersen, 2011a). Por exemplo, entre as tendências comportamentais, evidências sugerem que a característica de temperamento de inibição comportamental é o fator de vulnerabilidade mais replicado na literatura para os transtornos de ansiedade (Hirshfeld-Becker et al., 2008). O temperamento é um construto emocional que se refere a uma tendência a responder aos acontecimentos com um mesmo padrão de resposta em diferentes contextos e épocas da vida, apresentando estabilidade razoável. A inibição comportamental é uma tendência à timidez, à evitação e ao comportamento reservado em situações novas ou não familiares e está relacionada a uma predisposição desenvolvimental para os transtornos de ansiedade (Rosembaum et al., 1993).

Nem todos que apresentam predisposição (por influências genéticas ou ambientais de risco) para os transtornos de ansiedade irão desenvolver quadros psicopatológicos. Embora esses fatores aumentem o risco para o desenvolvimento desses transtornos, outros aspectos contribuem para uma expressão maior ou menor dessas características, especialmente na infância e na adolescência. Nesse contexto, a família tem papel essencial de modelagem do comportamento. Comportamentos frequentes de esquiva podem ser reforçados pelos pais, aumentando, assim, a insegurança e fomentando a dependência da criança em relação aos cuidadores. Em contrapartida, os pais podem servir de modelo positivo, incentivando o exercício da autonomia e reforçando a autoeficácia da criança para a resolução de problemas por meio da ampliação do repertório de habilidades que ela vai desenvolvendo. Tanto o que os pais dizem quanto a forma como lidam com os problemas servirão de modelo para a criança em seu processo de aprendizagem social e terão influência na forma como ela lidará com os desafios em seu processo de desenvolvimento.

A etiologia comportamental é baseada no paradigma da evitação aprendida. Dois fatores

combinados estão envolvidos nesse fenômeno: o condicionamento clássico e o condicionamento operante. No condicionamento clássico, o pareamento de um estímulo causador de sensações aversivas e um estímulo neutro pode resultar em medos fóbicos específicos, como o medo de ir ao dentista, desenvolvido por conta de experiências dolorosas em visitas passadas. Já reforçamentos futuros resultantes de evitações caracterizariam a aprendizagem operante.

A etiologia cognitiva baseia-se no papel de percepções não realísticas e de interpretações ameaçadoras dos fatos. O diálogo interno de indivíduos com transtornos de ansiedade normalmente é marcado por previsões de falhas e perigo. Indivíduos ansiosos são pessimistas em relação à magnitude dos eventos. O erro de processamento de informação clássico é o catastrofismo. Além de superestimar eventos externos, pessoas muito ansiosas subestimam sua capacidade de enfrentar eventos negativos. Indivíduos com transtornos de ansiedade sustentam a crença de que estão sob constante ameaça de dano físico ou social. A pessoa ansiosa percebe mais sinais de perigo e pode erroneamente interpretar o aumento de ameaças eminentes, aumentando sua preocupação e reforçando ainda mais a interpretação superdimensionada (Petersen, Bunge, Mandil, & Gomar, 2011).

Após essa breve apresentação da prevalência dos transtornos de ansiedade, descrição dos principais quadros e menção a alguns fatores etiológicos, abordaremos passos importantes na avaliação dos transtornos de ansiedade, além de testes e instrumentos específicos para a mensuração de sintomas de medo/ansiedade que poderão auxiliar na identificação dos transtornos. Destacamos a importância da entrevista clínica para levantar hipóteses psicodiagnósticas e do uso de testes e instrumentos para auxiliar na investigação dessas hipóteses. Para fins ilustrativos, apresentamos algumas vinhetas de avaliações de pacientes com transtornos de ansiedade. Ressaltamos que foi preservado o anonimato dos pacientes, como condição para o consentimento para publicação de trechos de suas sessões de avaliação psicodiagnóstica.

ESPECIFICIDADES DA AVALIAÇÃO PSICODIAGNÓSTICA NOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Na avaliação psicodiagnóstica de pacientes com sintomas de ansiedade, assim como nos demais psicodiagnósticos, é importante seguir determinados passos. Em primeiro lugar, o profissional deve investigar os motivos do encaminhamento ou as razões que fizeram o paciente buscar auxílio, assim como as queixas principais e os demais problemas apresentados (Cunha, 2003). Uma vez que as principais queixas de pacientes com sintomas ansiosos são físicas, é importante que já tenha sido realizada uma avaliação médica que investigue causas orgânicas, assim como o uso de substâncias ou de medicações que mimetizam sintomas ansiosos, a fim de que sejam descartadas tais hipóteses.

Na avaliação inicial, surgem informações importantes. Por exemplo, para uma criança cuja queixa principal é a dificuldade em separar-se dos pais, apresentando vômitos e dores de estômago quando longe deles, deve-se levantar a hipótese diagnóstica de transtorno de ansiedade de separação. Especificamente na infância e na adolescência, é importante levar em conta os pontos fortes do paciente, assim como os fatores de risco e proteção presentes em sua vida. Cabe ressaltar que é importante investigar os diferentes níveis do ambiente ecológico em que a criança está inserida, ou seja, família, escola, vizinhança, clubes e outros espaços de atividades complementares (Petersen, 2011a).

A investigação deve contemplar a presença de possíveis estressores familiares e/ou sociais envolvidos em seus sintomas, já que, nos transtornos de ansiedade, os conflitos conjugais dos pais são possíveis complicadores. Nesse momento da avaliação, cabe atenção especial aos fatores de risco e proteção que a família e outros sistemas que envolvem a criança podem representar. Fatores de risco e/ou de proteção são dinâmicos, e a escola, que é um fator de proteção em uma área da vida da criança, pode representar um risco em outra. Exemplo disso é o *bullying*, que pode ser fator desencadeante ou complicador dos transtornos de ansiedade. Portanto, os estilos parentais, as relações com os pares e as relações familiares também devem ser observados (Petersen, 2011b).

Para compreender a origem dos sintomas de ansiedade apresentados pelo paciente, o clínico deverá buscar aprofundar-se sobre cada caso, proporcionando um melhor entendimento sobre os sintomas de ansiedade. Durante a avaliação psicodiagnóstica, o profissional também deve investigar a história detalhada sobre o início dos sintomas, fatores desencadeantes (p. ex., separação dos pais, doença de um familiar próximo) e características da história de desenvolvimento

biopsicossocial do indivíduo, como o tipo de apego que tinha/tem com os pais, o estilo de cuidado parental (p. ex., a presença de pais superprotetores) e o temperamento (p. ex., inibição comportamental) (Bernstein & Shaw, 1997; March, 1995). Como mencionado anteriormente, a inibição comportamental é um forte fator de risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade (Hirshfeld-Becker et al., 2008).

A vinheta apresentada a seguir exemplifica parte da avaliação de um paciente adulto, que apresentava comportamento inibido desde o início dos anos escolares e, no início da adolescência, desenvolveu transtorno de ansiedade social, sendo "A" o avaliador e "P" o paciente.

Na avaliação do paciente com sintomas de ansiedade, o profissional deverá ter claro quais são os objetos e as situações que induzem à ansiedade, ao medo ou a um comportamento evitativo, e a cognição associada a esses sintomas. A partir desses dados, o profissional pode identificar qual(quais) transtorno(s) de ansiedade está(ão) presente(s). Segue uma vinheta com mais uma parte da avaliação apresentada anteriormente, em que o paciente foi diagnosticado com transtorno de ansiedade social:

VINHETA CLÍNICA / 27.1

A: Na escola, como era seu relacionamento com os colegas?

P: Eu tinha amigos, mas eram poucos. Lembro que eu não costumava ir conversar com meus colegas. Preferia esperar que eles viessem falar comigo, mesmo os que eu já conhecia. Sentia-me muito ansioso quando precisava falar com colegas com quem eu não tinha muito contato. Também lembro de sentar sempre nas cadeiras próximas à parede, para não chamar atenção.

A: E como era, para você, ter de passar por uma situação nova com pessoas desconhecidas?

P: Ainda pior. Sentia (e ainda sinto) muita vergonha para falar com desconhecidos. Só falo se for realmente necessário. Senão, prefiro ficar quieto, pois isso me deixa muito nervoso e fico sem saber o que dizer.

VINHETA CLÍNICA / 27.2

A: Você consegue me dizer que situações ou objetos o deixam muito ansioso?

P: Sim. Ter de cumprimentar pessoas, conversar com pessoas que não são tão próximas, criticar alguém, pedir ou aceitar ajuda, e estacionar meu carro quando há outro carro atrás do meu.

A: E você percebe algum sintoma físico quando precisa passar por alguma dessas situações?

P: Prefiro evitar essas situações...

A: E quando não é possível evitá-las?

P: Meu coração fica acelerado, suo bastante, meu corpo treme. Às vezes, chego a ter dor de barriga.

A: E se pensarmos em uma dessas situações especificamente, por exemplo, quando você precisa pedir ajuda a alguém. O que passa pela sua cabeça ao perceber que precisa de ajuda e quando está indo em direção a uma pessoa para pedir ajuda? Algum pensamento específico?

P: Penso que a pessoa não vai gostar, que vou incomodá-la, tenho medo de ela me julgar, de eu ser humilhado. Morro de vergonha. Eu sempre fico adiando o máximo que posso para pedir ajuda, tipo no meu trabalho.

Como mencionado, altos índices de comorbidades acompanham os transtornos de ansiedade, e existem evidências da associação desses transtornos, em especial na infância, a outros problemas na adolescência e na vida adulta, como outros transtornos de ansiedade, depressão, abuso de substâncias e mau desempenho escolar (Buckner et al., 2008; Woodward & Fergusson, 2001). Por isso, é fundamental que, na avaliação psicodiagnóstica, o profissional investigue possíveis comorbidades.

Dados da história social, médica, psicológica, escolar e/ou profissional também devem ser

abordados, solicitando-se informações de fontes complementares quando necessário (Cunha, 2003). Em especial na infância e na adolescência, é bastante útil obter informações de diferentes fontes além do autorrelato, como pais e professores (Connolly & Bernstein, 2007). O relato de pais e professores auxilia nos casos em que a criança não é capaz de se expressar bem verbalmente ou não se sente à vontade para conversar com o psicólogo ou psiquiatra. Além disso, o relato dos cuidadores oferece informações importantes sobre sintomas específicos, como os de ansiedade de separação. Ainda assim, a criança ou o adolescente sempre devem ser ouvidos na avaliação psicodiagnóstica. Isso porque muitas vezes estão mais conscientes sobre seu sofrimento do que os adultos, que podem subestimar os seus sintomas de ansiedade. Por exemplo, evidências de amostras comunitárias escolares sugerem que o relato dos pais é concordante com o de seus filhos para sintomas de ansiedade de separação e de fobias específicas, mas subestima os sintomas de ansiedade generalizada e de ansiedade social relatados pelos filhos (DeSousa et al., 2014).

Outro elemento auxiliar no psicodiagnóstico é o exame do estado mental (para mais detalhes, ver Cap. 9), que pode ser uma ferramenta importante para a identificação de sintomas de ansiedade, auxiliando na geração de hipóteses diagnósticas. Determinados elementos, como a conduta, poderão ser observados desde o primeiro contato com o paciente, fornecendo pistas à investigação do diagnóstico. Para ilustrar uma situação, na primeira avaliação de uma paciente adulta, ela falava ao telefone antes de entrar na sala da consulta e demorou a desligá-lo ao ser chamada para o atendimento. Na investigação de sua queixa, foi visto o que segue na Vinheta Clínica 27.3.

A observação do comportamento da paciente antes de entrar na sala de avaliação auxiliou em seu diagnóstico – no caso, agorafobia. Outras funções psíquicas do exame do estado mental, como a atenção, o pensamento, a linguagem e o afeto, também devem ser avaliadas em pacientes com sintomas de ansiedade, contribuindo para a realização de um diagnóstico sindrômico.

Para além das diretrizes já mencionadas, a aplicação de instrumentos (entrevistas semiestruturadas, questionários e escalas) é o principal meio de investigação da frequência, da intensidade e da duração dos sintomas de ansiedade. Para um bom psicodiagnóstico, é preciso, portanto, saber escolher os instrumentos adequados para a avaliação dos sintomas. Isso garante dados confiáveis e consistentes. No Brasil, diversos instrumentos com boas propriedades psicométricas estão disponíveis para a avaliação de sintomas de ansiedade em diferentes faixas etárias e contextos (DeSousa, Moreno, Gauer, Manfro, & Koller, 2013).

Inicialmente, existem entrevistas semiestruturadas, que avaliam diferentes transtornos psiquiátricos e poderão auxiliar na investigação e na confirmação de um transtorno de ansiedade, bem como de possíveis comorbidades. Para a avaliação psicodiagnóstica de crianças e adolescentes, o Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) (Brasil, 2003) é um dos instrumentos mais indicados. Durante sua aplicação, o avaliador deve adequar as perguntas ao nível de desenvolvimento da criança ou do adolescente entrevistado. Além disso, a entrevista também deve ser administrada na presença de um dos cuidadores (ou mais de um, se possível). O instrumento prevê espaço para relatos do próprio jovem e de seu cuidador, sendo o clínico responsável pela pontuação conclusiva após integrar

VINHETA CLÍNICA / 27.3

A: Você estava com certa dificuldade para desligar o telefone antes da avaliação. Isso poderia estar relacionado com o seu problema?

P: Sim, o telefone serve para me ajudar. Na verdade, tenho bastante medo de sair de casa e de ficar em locais desconhecidos. Quando realmente preciso sair, como para ir a uma consulta, eu ligo para alguém da minha família e fico conversando com essa pessoa para me acalmar.

A: Você quer dizer que seus familiares ajudam a suportar o medo que sente ao sair de casa?

P: Isso. Ligo para eles porque assim me sinto protegida, sinto que podem vir me socorrer se eu precisar de ajuda, se eu ficar muito ansiosa ou se alguma coisa ruim acontecer comigo.

os dados das diferentes fontes. Para auxiliar na avaliação de comorbidades, o K-SADS-PL investiga, além dos transtornos de ansiedade, transtornos do comportamento disruptivo, transtornos do humor, transtornos psicóticos, uso de substâncias, transtornos da alimentação, entre outros. No entanto, é preciso levar em consideração que a entrevista foi desenvolvida a partir dos critérios diagnósticos do DSM-IV; portanto, o clínico deve estar preparado para fazer as adaptações necessárias aos critérios do DSM-5.

Para a avaliação psicodiagnóstica em adultos, o clínico pode utilizar como entrevista semiestruturada a Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Amorim, 2000) ou a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID) (Crippa et al., 2008). Assim como no caso do K-SADS-PL, essas entrevistas também avaliam possíveis comorbidades, além dos transtornos de ansiedade. Dessa forma, o profissional pode escolher entre aplicá-las na íntegra ou somente os módulos relativos aos transtornos de ansiedade ou somente o módulo de um transtorno de ansiedade em específico. Como no caso do K-SADS-PL, as versões atuais da MINI e da SCID em português brasileiro baseiam-se nos critérios diagnósticos do DSM-IV, cabendo ao profissional adaptá-los às mudanças trazidas pelo DSM-5.

Para complementar os dados e diagnósticos categóricos provenientes das entrevistas, a avaliação psicodiagnóstica utiliza questionários e escalas que oferecem uma medida dimensional dos sintomas de ansiedade do indivíduo. A Tabela 27.1 apresenta alguns dos instrumentos disponíveis no Brasil para a mensuração de sintomas de ansiedade de forma geral.[1] Por exemplo, para crianças e adolescentes, duas das escalas com mais evidências de adequação são a Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) (Isolan, Salum, Osowski, Amaro, & Manfro, 2011) e a Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) (DeSousa, Petersen, Behs, Manfro, & Koller, 2012; DeSousa et al., 2014). Ambas têm versão de autorrelato para crianças e adolescentes e uma versão de relato parental. Para adultos, a Escala de Ansiedade de Hamilton (Ham-A) (Kummer, Cardoso, & Teixeira, 2008) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Cunha, 2001; Osório, Crippa, & Loureiro, 2011) são dois dos instrumentos mais largamente utilizados. Ressalta-se que o BAI restringe a mensuração a sintomas físicos relacionados aos quadros ansiosos. Para idosos, o Inventário de Ansiedade Geriátrica (Martiny, Silva, Nardi, & Pachana, 2011) é uma opção disponível.

Em determinados casos, são necessários questionários e escalas mais específicos, que mensurem sintomas de um transtorno de ansiedade em particular ou sintomas de ansiedade em um contexto particular. A Tabela 27.2 apresenta instrumentos voltados mais para a mensuração de sintomas de ansiedade. As referências detalhadas dos estudos de evidências de validade e confiabilidade desses instrumentos e dos instrumentos apresentados na Tabela 27.1 são descritas por DeSousa e colaboradores (2013). Por exemplo, a Escala de Ansiedade Social Liebowitz (LSAS) (Kummer, Cardoso, & Teixeira, 2008; Terra et al., 2006) pode ser usada para a mensuração de sintomas no caso do diagnóstico de transtorno de ansiedade social. O Questionário de Claustrofobia (Gouveia, Medeiros, Gouveia, Santos, & Diniz, 2008) pode ser utilizado para a mensuração de sintomas no caso do diagnóstico de fobia específica do tipo claustrofobia. O Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Castillo, Macrini, Cheniaux, & Landeira-Fernandez, 2010) pode ser usado para a mensuração de sintomas de preocupação no caso do diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada. Além desses, quando o psicodiagnóstico requerer a avaliação de ansiedade ou medo relativos a contextos particulares (odontológico, esportivo, hospitalar, etc.), há instrumentos disponíveis para mensurar sintomas de ansiedade contextualizados (Tab. 27.2). Seja qual for o instrumento utilizado, o profissional clínico realizando a avaliação psicodiagnóstica deve ter claro o porquê da sua escolha, a qual deve estar de acordo com os objetivos e as hipóteses do psicodiagnóstico.

Além dos instrumentos relacionados à investigação da ansiedade e de psicopatologias, é fundamental que o psicodiagnóstico contemple aspectos de vulnerabilidade e resiliência e fatores de risco e de proteção (Petersen, 2011b). Para avaliar a resiliência em pacientes com 18 anos ou mais, está disponível, no Brasil, a Escala dos Pilares da Resiliência (EPR) (Cardoso & Martins, 2013). Para crianças e adolescentes, sugere-se a medida positiva de autoconceito por meio da

[1] Os instrumentos apresentados neste capítulo são utilizados essencialmente na pesquisa ou na prática clínica. Mesmo não estando entre os instrumentos com parecer favorável do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi), são auxiliares ao psicodiagnóstico e possuem estudos de legitimidade.

TABELA 27.1
Instrumentos para a avaliação global de sintomas de ansiedade

Instrumento	Detalhes
1. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)	Entrevista semiestruturada para uso na avaliação de crianças e adolescentes
2. Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)	Escala para uso na avaliação de crianças e adolescentes
3. Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)	Escala para uso na avaliação de crianças e adolescentes
4. Escala de Ansiedade Infantil "O Que Penso e Sinto" (RCMAS)	Escala para uso na avaliação de crianças e adolescentes
5. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	Entrevista semiestruturada para uso na avaliação de adultos
6. Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID)	Entrevista semiestruturada para uso na avaliação de adultos
7. Escala de Ansiedade de Hamilton (Ham-A)	Escala para uso na avaliação de adultos
8. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)[a]	Escala para uso na avaliação de adultos
9. Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)	Escala para uso na avaliação de idosos

[a] Obteve parecer favorável no Satepsi.

Escala de Autoconceito Infantojuvenil (EAC-IJ) (Sisto & Martinelli, 2004) e da avaliação de estilos parentais e práticas educativas por meio do Inventário de Estilos Parentais (IEP) (Gomide, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste capítulo foi abordar especificidades do psicodiagnóstico na avaliação de transtornos de ansiedade, bem como a melhor forma de detectar os sintomas característicos desses transtornos. Em resumo, no psicodiagnóstico para transtornos de ansiedade, diferentes elementos devem ser considerados: a) os motivos do encaminhamento ou que fizeram o paciente buscar auxílio, assim como as suas queixas principais e demais problemas apresentados; b) a história detalhada sobre o início dos sintomas de ansiedade, os fatores desencadeantes e como ocorreu o desenvolvimento do paciente; c) os objetos/situações que induzem à ansiedade, ao medo ou a um comportamento evitativo, e a ideia cognitiva associada; d) a presença de comorbidades; e) os dados da história social, médica, psicológica, escolar e/ou profissional, solicitando informações de fontes complementares quando necessário (é essencial quando se trata de crianças/adolescentes); f) os pontos fortes da criança e da família, resiliência e fatores de risco e proteção; g) o exame do estado mental; h) a aplicação de instrumentos de avaliação da ansiedade, como entrevistas semiestruturadas, escalas e questionários que estejam de acordo com os objetivos do psicodiagnóstico de cada paciente.

Apesar de os transtornos de ansiedade apresentarem prevalência elevada e uma série de prejuízos associados, é comum que sejam subdiagnosticados e subtratados (Costello et al., 2005). Dessa forma, é fundamental que os profissionais de psicologia e psiquiatria aprimorem seus conhecimentos sobre a avaliação psicodiagnóstica desses transtornos para que estejam habilitados a identificá-los precocemente. Assim, pode-se evitar repercussões negativas na vida de crianças, como o absenteísmo e a evasão escolar, a utiliza-

TABELA 27.2
Instrumentos para a avaliação de sintomas de transtornos de ansiedade específicos ou sintomas de ansiedade em contextos específicos

Instrumento	Detalhes
Avaliação de sintomas de transtorno de ansiedade específico	
1. Escala de Ansiedade Social Liebowitz (LSAS)	Escala para avaliação de sintomas de ansiedade social
2. Inventário de Fobia Social (SPIN)	Escala para avaliação de sintomas de ansiedade social
3. Mini-inventário de Fobia Social (Mini-SPIN)	Escala para avaliação de sintomas de ansiedade social
4. Escala Tampa de Cinesiofobia (ETC)	Escala para avaliação de sintomas de fobia específica (realizar movimentos e atividade física)
5. Avaliação Clínica do Medo de Cair em Idosos	Escala para avaliação de sintomas de fobia específica (cair)
6. Questionário de Claustrofobia	Escala para avaliação de sintomas de fobia específica (espaços fechados, que restringem os movimentos)
7. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	Escala para avaliação de sintomas de preocupação
8. Challenge tests indutores de ataques de pânico	Testes indutores de ataques de pânico por meio de ingestão de cafeína, inalação de dióxido de carbono e apneia voluntária
Avaliação de sintomas de ansiedade em contexto específico	
1. Burns Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS)	Escala para avaliação de sintomas de ansiedade em pacientes com queimadura
2. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	Escala para avaliação de sintomas de ansiedade em contexto hospitalar
3. Competitive State Anxiety Inventory-2 (CSAI-2)	Escala para avaliação de sintomas de ansiedade em contexto esportivo
4. Dental Anxiety Scale (DAS)	Escala para avaliação de sintomas de ansiedade em contexto odontológico

ção demasiada de serviços de pediatria por queixas somáticas associadas à ansiedade e possíveis problemas psiquiátricos na vida adulta (Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000).

Ainda, é essencial o desenvolvimento de mais estudos para um melhor entendimento dos transtornos de ansiedade. Pesquisas que busquem a investigação de marcadores de vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade poderão auxiliar na identificação precoce de elementos que contribuem ao desencadeamento dos transtornos (Gottesman & Gould, 2003). Por meio desse entendimento, avaliações e tratamentos mais eficazes poderão ser proporcionados aos pacientes.

Por fim, salienta-se a importância do uso de diferentes ferramentas para a avaliação de pacientes com sintomas de ansiedade, como a entrevista clínica, o exame do estado mental e a aplicação de diferentes instrumentos. Esse formato de avaliação psicodiagnóstica proporcionará uma investigação mais qualificada do paciente, garantindo maior precisão no diagnóstico formulado, identificação de funções preservadas, além de informações essenciais sobre o prognóstico. Esse processo será essencial para que o profissional realize

um encaminhamento adequado, garantindo ao paciente o tratamento mais indicado para o seu problema.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV* (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Amorim, P. (2000). Mini international neuropsychiatric interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnósticos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*(3), 106-115.

Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., ... Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: Findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS ONE, 7*(2), 1-11.

Anselmi, L., Fleitlich-Bilyk, B., Menezes, A. M., Araújo, C. L., & Rohde, L. A. (2010). Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(1), 135-142.

Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine, 43*(5), 897-910.

Bernstein, G. A., & Shaw, K. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(10 Suppl), 69S-84S.

Bierdman, J. (2005). Attention deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry, 57*(11), 1215-1220.

Brasil, H. H. A. (2003). *Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version): Estudo de suas propriedades psicométricas* (Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo).

Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C., & Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research, 42*, 230-239.

Cardoso, T., & Martins, M. (2013). *Escala dos pilares da resiliência: EPR*. São Paulo: Vetor.

Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*(Supl. II), 20-23.

Castillo, C., Macrini, L., Cheniaux, E., & Landeira-Fernandez, J. (2010). Psychometric properties and latent structure of the Portuguese version of the Penn State Worry Questionnaire. *The Spanish Journal of Psychology, 13*(1), 431-443.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: Ciência e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Connolly, S. D., Bernstein, G. A. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*, 267-283.

Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 14*, 631-648.

Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety, 26*(12), 1066-1085.

Crippa, J. A. S., Osório, F. L., Del-Ben, C. M., Santos Filho, A., Freitas, M. C. S., & Loureiro, S. R. (2008). Comparability between telephone and face-to-face Structured Clinical Interview for DSM-IV in assessing social anxiety disorder. *Perspectives in Psychiatric Care, 44*(4), 241-247.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cunha, J. A. (2003). Fundamentos do Psicodiagnóstico. In J. A. Cunha. (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

DeSousa, D. A., Moreno, A. L., Gauer, G., Manfro, G. G., & Koller, S. H. (2013). Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. *Avaliação Psicológica, 12*(3), 397-410.

DeSousa, D. A., Pereira, A. S., Petersen, C. S., Manfro, G. G., Salum, G. A., & Koller, S. H. (2014). Psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS): self- and parent-report versions. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 427-436.

DeSousa, D. A., Petersen, C. S., Behs, R., Manfro, G. G., & Koller, S. H. (2012). Brazilian Portuguese version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-Brasil). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 34*, 147-153.

Gomide, P. (2006). *Inventário de estilos parentais IEP: Modelo teórico: Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes.

Gottesman, I. I., & Gould, T. D. (2003). The endophenotype concept in psychiatry: Etymology and strategic intentions. *American Journal of Psychiatry, 160*, 636-645.

Gouveia, V. V., Medeiros, E. D., Gouveia, R. S. V., Santos, W. S., & Diniz, P. K. C. (2008). Cuestionario de claustrofobia: Evidencias de su validez y fiabilidad. *Revista Interamericana de Psicologia, 42*(3), 604-610.

Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J., Henin, A., Bloomfield, A., Bierdman, J., & Rosembaum, J. (2008). Behavioral inhibition. *Depression and Anxiety, 25*, 357-367.

Isolan, L., Salum, G. A., Osowski, A. T., Amaro, E., & Manfro, G. G. (2011). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(5), 741-748.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 617-627.

Kummer, A., Cardoso, F., & Teixeira, A. L. (2008). Frequency of social phobia and psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale in Parkinson's disease. *Movement Disorders, 23*(12), 1739-1743.

Kushner, M. G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review, 20*, 149-171.

Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M., & Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 377-394.

March, J. S. (1995). *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford.

Martiny, C., Silva, A. C. O., Nardi, A. E., & Pachana, N. A. (2011). Inventário de ansiedade geriátrica (GAI). *Revista de Psiquiatria Clínica, 38*(1), 08-12.

Osório, F. L., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2011). Further psychometric study of the Beck anxiety inventory including factorial analysis and social anxiety disorder screening. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 15*(4), 255-262.

Petersen, C. (2011a). Evidências de efetividade e procedimentos básicos para terapia cognitivo-comportamental para crianças com transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psicoterapia, 13*(1), 39-50.

Petersen, C. (2011b). Avaliação inicial em crianças: a dimensão bioecológica do desenvolvimento humano. In C. Petersen, & R. Wainer (Eds.), *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: Ciência e arte*. Porto Alegre: Artmed.

Petersen, C., Bunge, E., Mandil, J., & Gomar, M. (2011). Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade. In C. Petersen, & R. Wainer (Eds.), *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: Ciência e arte*. Porto Alegre: Artmed.

Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc-Murphy, E. A., Faraone, S. V., Charloff, J., Hirshfeld D. R., ... Kagan, J. (1993). Behavioral inhibition in childhood: a risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry, 1*(1), 2-16.

Sisto, F., & Martinelli, S. (2004). *Escala de autoconceito infanto-juvenil: EAC-JJ*. São Paulo: Vetor.

Terra, M. B., Barros, H. M. T., Stein, A. T., Figueira, I., Athayde, L. D., Gonçalves, M. S., ... Silveira, D. X. (2006). Internal consistency and factor structure of the Portuguese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale among alcoholic patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*(4), 265-269.

Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1086-1093.

LEITURA RECOMENDADA

Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-5. *Psychiatric Clinics of North America, 32*, 483-524.

28

PSICODIAGNÓSTICO NAS PSICOSES

Katiane Silva
Paulo Belmonte-de-Abreu

Trabalhar com psicoses sempre foi – e continua sendo – um desafio para os profissionais da área da saúde devido à complexidade dos sintomas, sua sobreposição com sintomas de outras condições clínicas, sua falta de lógica formal, além de certa resistência em nos aproximarmos do funcionamento psicológico primitivo que as psicoses denunciam e que fazem parte de todos nós, pelo menos em alguns momentos, como no devaneio diurno, no sonho, no estado febril ou em vivências de trauma intenso.

Embora as psicoses sejam descritas como entidades nosológicas definidas nos manuais classificatórios, como a esquizofrenia ou o transtorno esquizoafetivo, estudos recentes em populações sadias e em grupos clínicos distintos evidenciaram a presença desses quadros em diferentes diagnósticos, variando em intensidade, duração e efeito e levando os profissionais da saúde mental a reconsiderar a perspectiva dimensional não só na descrição das psicoses, como também na compreensão dos transtornos mentais. Essa perspectiva considera que tanto indivíduos sadios quanto doentes têm dimensões de funcionamento que permitem a compreensão da psicopatologia em um contínuo de intensidade e frequência de experiências e processos cognitivos (De Rosses & Karlsgodt, 2015), em oposição à visão idealista de que saúde e doença têm fronteiras claras e bem definidas, conforme a perspectiva de Kraepelin sobre categorias distintas, como na doença maníaco-depressiva e na demência precoce (Gaebel & Zielasek, 2015). A observação de que não existem sintomas psicopatológicos específicos e restritos a determinados transtornos, como no caso da psicose, mas um compartilhamento desses, foi evidenciada em estudos epidemiológicos (Calkins et al., 2014), neurofisiológicos e de neuroimagem (Wolf et al., 2015), sendo reforçada por pesquisas em bioquímica e em biologia molecular (Maschietto et al., 2015). Esses estudos das psicoses em diferentes diagnósticos identificaram sequências e encadeamentos de processos, circuitos, cadeias bioquímicas e conexões de áreas cerebrais existentes na saúde e na doença, e que se "sincronizam" e se "dessincronizam" na transição entre bem-estar/saúde e sofrimento/doença, em um processo dinâmico ao longo da vida e da passagem por contextos e situações. Nessa sincronia-dessincronia, pode ocorrer uma psicose por um período breve, desaparecendo depois ou fixando-se, dependendo do encadeamento-sincronização ou do desencadeamento-dessincronização cerebrais.

A perspectiva dimensional da psicopatologia das psicoses torna o trabalho do psicodiagnóstico mais complexo e exige do psicólogo maior acurácia, tanto na identificação dos sintomas quanto na realização do diagnóstico diferencial. Neste capítulo, buscaremos auxiliar na elaboração dessa tarefa, descrevendo e comentando aspectos importantes na condução do psicodiagnóstico com pacientes psicóticos. Iniciaremos com uma descrição das psicoses, adotando esse termo em seu sentido amplo, que engloba quadros clínicos que vão desde o espectro até os transtornos

psicóticos estabelecidos. Em seguida, abordaremos algumas especificidades do psicodiagnóstico com pacientes psicóticos, situando o leitor quanto à importância da observação clínica para a identificação de sintomas e questões relacionadas ao manejo dos pacientes e familiares durante a avaliação. Em seguida, apresentaremos os principais instrumentos utilizados no psicodiagnóstico, incluindo questionários de triagem, baterias de avaliação cognitiva, inventários e testes projetivos de personalidade, bem como a avaliação de funcionalidade, com suas características, vantagens e desvantagens. Por fim, apresentaremos uma proposta de algoritmo para psicodiagnóstico em suspeitas de psicose, seguida de uma vinheta clínica, e discutiremos as informações abordadas ao longo do capítulo, listando questões ainda não respondidas adequadamente.

ENTENDENDO AS PSICOSES

As psicoses consistem basicamente em experiências e expressões irreais ou ilógicas, percebidas como reais e certas pelo indivíduo, mesmo após exaustivas tentativas de argumentação e esclarecimento. Podem ser de tipo sensorial ou intelectual. Se sensorial, podem ser de alteração da percepção visual, auditiva, tátil, gustativa, proprioceptiva (do próprio corpo), ou olfativa; se intelectual, de crenças ou conclusões incorretas, distorcidas ou irreais, que não são removidas pela argumentação racional. Podem estar isoladas ou associadas, e formam quadros clínicos bastante heterogêneos, envolvendo diferentes dimensões do funcionamento humano, podendo ocorrer em praticamente todas as pessoas, pelo menos por algum tempo, ao longo da vida. A maioria das pessoas tem essas experiências por segundos ao adormecer, ao acordar, ao passar por uma doença febril ou metabólica, ao entrar ou sair de uma anestesia, ao se exceder no consumo de uma bebida, ao experimentar uma substância legal ou ilegal, ou ao passar por um evento estressante, como um acidente automobilístico, a queda de uma escada, etc. Alguns sentem essas experiências por minutos ou horas, e um grupo pequeno evolui para a vivência permanente dos sintomas durante longos períodos, ou mesmo por toda a existência. Na maioria das vezes, tais experiências são assustadoras ou desagradáveis, levando o sujeito a trocar de médicos, a desiludir-se da medicina e buscar métodos alternativos, como curandeiros, xamãs, ervas, raízes, poções, secreções e drogas de rua. Em casos extremos, podem resultar em suicídio ou homicídio, como formas de livrar-se dessas experiências.

Pode tornar-se difícil separar a psicose de uma percepção ou crença particular ou peculiar, pois têm um curso muito variável, podendo evoluir sutilmente ao longo de meses ou anos, seja de uma percepção ou crença plenamente compartilhada pelas pessoas para experiências pessoais originais, intensificadas, passando sutilmente para distorção parcial da percepção ou de juízo, até uma distorção evidente e claramente perceptível. A distorção da percepção da realidade, em geral, começa de forma sutil, com uma sensação de peculiaridade e particularidade em percepções do ambiente, e que, ao longo de dias ou meses, pode tornar-se exagerada, hiper-real e hiperníti-da, até iniciar com distorção e exagero, descrita como "relevância aberrante" (*aberrantsalience*) (Kapur, 2003). O processo inicial é de nível de processamento sensorial, devido à inadequada distribuição dos circuitos de processamento visual nas redes cerebrais ventral (que processam o reconhecimento de objeto), dorsal (processamento espacial) e distribuição frontolímbica, fazendo o indivíduo sentir o "pano de fundo" das cenas a sua frente como algo relevante e em movimento, ou prestes a se mover (Andreou, Bozikas, Luedtke, & Moritz, 2015; Schott et al., 2015;).

Muitas vezes ficamos em dúvida se a pessoa está tendo um juízo ou percepção original, se está em uma etapa enriquecedora de processo reflexivo na busca de racionalidade e objetividade, ou se está com teste inadequado da realidade. Outras vezes não conseguimos observar diretamente essas ocorrências, tendo de inferi-las pelo comportamento do sujeito observado, seja pelo olhar, pela atividade motora, pelas pausas, pelos silêncios ou pelas expressões faciais, mesmo que ele negue estar experimentando algo diferente.

Devido a alta frequência, prejuízo, associação com doenças clínicas diversas (epilepsias, tumores cerebrais, doenças cerebrovasculares, endócrinas, metabólicas, nutricionais) e com outras condições psicopatológicas (ansiedade, humor, controle de impulsos, uso de substâncias), além de estressores ambientais e sociais, é muito importante sua adequada identificação. A determinação do quadro é fundamental na busca de detecção e controle de fatores cerebrais associados, e na seleção de alternativas de controle da patologia subjacente no organismo. Nessa perspectiva, podemos compreender as psicoses como

a expressão de que algo não está funcionando de forma adequada no sujeito, o que, sendo identificado, facilitará também a identificação de locais, áreas, redes e circuitos cerebrais perturbados, permitindo a correção ou o ajuste desses processos e circuitos.

As psicoses ocorrem em diferentes faixas etárias, grupos sociais e sexos, podendo constituir determinantes importantes de incapacidade, sofrimento, necessidade de contato com serviços de saúde, fardo de cuidado familiar, custo social e mortalidade. Aparecem em diferentes transtornos psiquiátricos, como intoxicações, demências, doenças neurológicas e clínicas, transtornos do humor uni e bipolar, esquizofrenias, transtorno esquizoafetivo, transtornos de ansiedade, obsessões, fobias, transtornos do desenvolvimento, transtornos da personalidade e transtornos do espectro autista. Devido à heterogeneidade e à alta concorrência com outros quadros, recomenda-se considerar a avaliação incluindo testes de identificação ou de exclusão desses outros quadros. A expressão de sintomas psicóticos e sua intersecção com diferentes quadros clínicos e psiquiátricos são demonstradas nas Figuras 28.1 e 28.2.

Embora os fatores de risco para psicose sejam inespecíficos, podendo estar presentes em outros transtornos e até mesmo em pessoas da população em geral, estudos têm sido realizados na tentativa de identificá-los. Esse tipo de abordagem é de grande relevância para a identificação precoce e para o desenvolvimento de estratégias preventivas. Uma metanálise incluiu 23 estudos, com um total de 2.182 pacientes com risco para psicose, dos quais 560 (26%) desenvolveram um quadro de psicose franca. A Figura 28.2 apresenta a distribuição das psicoses apresentadas ao longo do tempo.

O estudo das bases neurobiológicas envolvidas nas experiências psicóticas busca a identificação de aspectos cognitivos, comportamentais e fenomenológicos comuns entre os pacientes, contribuindo de forma significativa para a compreensão desses quadros e para avanços farmacológicos. Entretanto, continua sendo importante considerar aspectos particulares e subjetivos na apresentação dos sintomas, que podem ser muito úteis na compreensão do caso e, consequentemente, no manejo clínico durante o psicodiagnóstico. A abordagem psicodinâmica, baseada na

A sobreposição indica que o mesmo indivíduo pode ter mais de uma dimensão alterada; o topo indica o quadro e o diagnóstico final; as setas indicam o curso; os números indicam as fases da doença.

1 = exagero de funcionamento normal; 2 = sintomas iniciais sublimiares, sem sofrimento, sem comprometimento, sem busca de ajuda; 3 = sintomas ultrapassam limiar de detecção, causam algum sofrimento, busca eletiva de ajuda; 4 = sintomas claros e bem definidos, com sofrimento, com prejuízo de funcionamento, busca de ajuda; 5 = sintomas proeminentes persistentes, com sofrimento, com prejuízo, contato constante com serviço de saúde. As setas da coluna à esquerda indicam a possibilidade de transição nos dois sentidos, ao longo da vida, e a área de intersecção dos triângulos mostra que, no início do desenvolvimento do quadro clínico, o indivíduo pode apresentar sintomas de diferentes dimensões e, progressivamente, uma maior definição, mas pode ocorrer também uma regressão a um nível de expressão de sintomas e de psicopatologia prévio. A transição da base 0 -1 indica a passagem do estado hipotético de saúde para uma fase inicial de sofrimento e de poucos sintomas, e a última representa uma fração (que pode variar de 1 a 20%, dependendo do transtorno e da faixa etária) que evolui para um quadro persistente e incapacitante de psicose, perda de memória, regulação do humor, cognição social, ou uma mistura de vários destes.

FIGURA 28.1 / Expressão de dimensões de sintomas psicóticos em diferentes quadros ao longo do tempo.

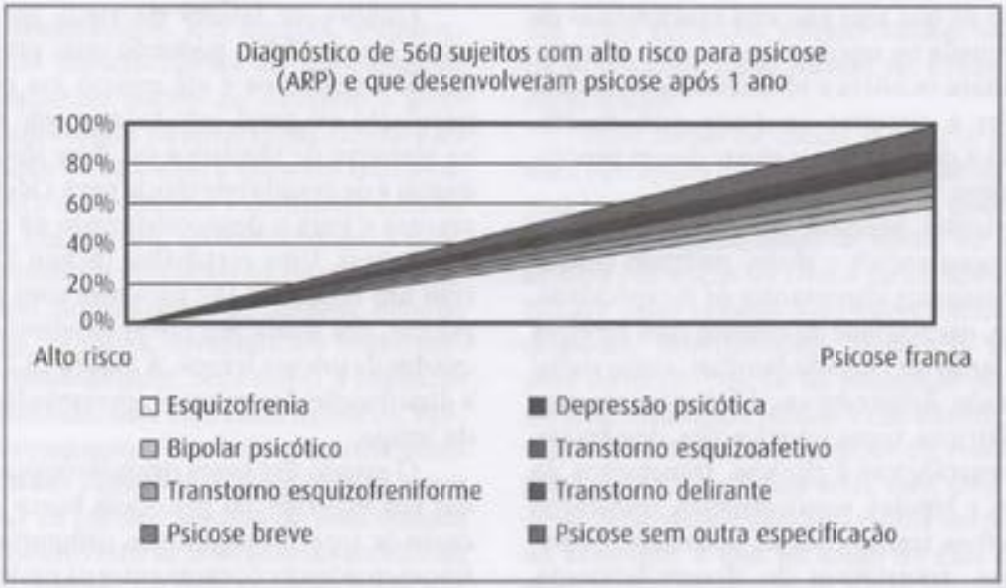


FIGURA 28.2 / Risco e desenvolvimento de psicoses.
Fonte: Adaptada de Fusar-Poli, Carperter, Woods e McGlashan (2014).

teoria psicanalítica, pressupõe a análise de conflitos inconscientes, mecanismos de defesa utilizados, contato com a realidade, fantasias, percepção de si e dos outros e reações aos próprios sintomas. Na análise do livro *Memórias de um doente dos nervos*, de Daniel Schreber, Freud (1911/1996) aponta para o fato de que os psicóticos revelam de forma escancarada aquilo que os neuróticos se esforçam para manter em segredo. Assim, o desligamento do eu do mundo exterior e a criação de uma realidade particular, delirante, apresentam-se como uma tentativa de reconstrução do mundo interno fragmentado. Nessa perspectiva, o delírio e a alucinação têm significado para o sujeito, mesmo que ele o desconheça, sendo fundamental escutar o que está escondido nesses sintomas comuns a vivências psicóticas.

ESPECIFICIDADES DO PSICODIAGNÓSTICO COM PACIENTES PSICÓTICOS

De forma geral, a condução de um psicodiagnóstico segue orientações básicas que já foram descritas no Parte I deste livro. Entretanto, há algumas especificidades no trabalho com pacientes psicóticos que devem ser consideradas.

Utilidade da presença do informante

Por se tratar de pacientes que podem estar com as capacidades de percepção, memória e julgamento prejudicadas, é importante que ao menos um familiar seja entrevistado e participe do processo. Em casos mais graves, essa participação pode ser bastante ativa, acompanhando o paciente nas consultas, atuando como mediador entre ele e o psicólogo. Entretanto, ela depende das condições do paciente e não exclui a obtenção de informações do próprio paciente e a necessidade de escutá-lo atentamente na busca de elementos qualitativos que possam contribuir de forma significativa para a compreensão do caso. Nesse momento, é importante avaliar quais são as demandas explícita e, sobretudo, implícita na busca pelo psicodiagnóstico, tanto por parte do paciente quanto dos familiares.

Manutenção da atenção durante relatos coerentes e não coerentes

As entrevistas, tanto com o paciente quanto com os familiares, visam a coleta de dados sobre desenvolvimento, história clínica e de tratamento, presença ou não de diagnósticos anteriores e principais dificuldades identificadas no momento da avaliação. Elas são fundamentais como fonte de informação a respeito das dificuldades apresentadas nas mais diversas áreas e auxiliam na detecção de possíveis alterações na cognição, na percepção e no julgamento. Por exemplo, um paciente pode apresentar dificuldades cognitivas na organização do pensamento e na memória e, por isso, não conseguir contar sua história em uma li-

nha temporal, ou apresentar discurso delirante, mesmo que organizado, apontando para alteração da percepção. Nesses casos, é importante que o psicólogo mantenha uma postura de interesse e abertura ao que está sendo dito, evitando a confrontação, e use esse material como recurso na compreensão do caso. Os dados das entrevistas também podem fornecer indícios dos principais aspectos a serem avaliados e subsidiar a escolha dos testes. A identificação de confusão cognitiva como ponto central na entrevista pode indicar a necessidade de foco na avaliação da cognição e da memória. Já no caso de um paciente que fale de forma organizada sobre seus sintomas que se sobrepõem a outro transtorno psiquiátrico, é importante usar testes projetivos a fim de auxiliar no diagnóstico diferencial. Além disso, tendo em vista que mesmo um paciente psicótico tem momentos não psicóticos, é necessário atentar para sua capacidade de *insight* e para o quanto de sua fala fornece indícios a serem considerados na análise dinâmica do caso. Muitas vezes, pacientes psicóticos falam abertamente a respeito de situações traumáticas, conflitos, segredos e pactos de silêncio que os familiares têm dificuldade em reconhecer, sendo importante articular os sintomas que ele apresenta com a dinâmica familiar.

Observação das condições para o psicodiagnóstico

No decorrer do processo, é importante prestar atenção às condições que o paciente apresenta em cada consulta, avaliando a presença de instabilidade emocional, que pode ser expressa por desorganização mental, embotamento, apatia e agressividade, entre outros sintomas. Também deve-se observar possíveis dificuldades motoras, pois são comuns e inerentes às psicoses e não somente efeitos colaterais das medicações. Por isso, pode ocorrer de, em determinado dia, o paciente não estar em plenas condições de realizar os testes planejados, cabendo ao psicólogo avaliar de forma adequada a situação e, se necessário, remarcar a consulta de avaliação.

Atenção a sentimentos evocados

Embora os fenômenos de transferência e contratransferência sejam mais comumente aplicados ao contexto psicoterápico, acredita-se em sua aplicabilidade no processo diagnóstico. Assim, é importante atentar às fantasias inconscientes que surgem durante a avaliação, tanto naquilo que o paciente transfere para a pessoa do psicólogo quanto nas demandas familiares em relação à avaliação. Sabe-se que, ao trabalhar com pacientes do espectro psicótico, tais fenômenos podem ser mais diretos do que os vivenciados com pacientes neuróticos, podendo despertar reações contratransferenciais intensas no psicólogo, as quais devem ser bem analisadas a fim de não prejudicar o andamento da avaliação, mas sim auxiliar na compreensão do funcionamento do paciente.

Direito de acesso à informação

O paciente do espectro psicótico, assim como qualquer outro, tem direito à comunicação dos resultados, como previsto no código de ética profissional. Nesse momento, é importante observar suas condições de compreensão, usando vocabulário acessível, com a tradução de termos técnicos e exemplos, para que a comunicação seja a mais clara possível. Em certas situações, a entrevista de devolução poderá ser realizada na presença de um familiar, o que será definido de acordo com a situação. Trata-se de um momento crucial em que, além da comunicação dos resultados, poderão ser feitas recomendações, orientações e encaminhamentos.

INSTRUMENTOS DE TRIAGEM[1]

Os testes de triagem são úteis na avaliação de risco e gravidade da psicose, além de auxiliarem na identificação de outros quadros associados, como uso de substâncias e demências. São rápidos, de fácil aplicação e fornecem dados iniciais que podem auxiliar na definição de que caminho seguir no psicodiagnóstico.

Risco para psicose

Avaliação Abrangente de Estados Mentais em Risco (CAARMS)

Avaliação Abrangente de Estados Mentais em Risco (CAARMS) é um instrumento desenvolvido para identificar risco para psicose. Trata-se de entrevista semiestruturada que deve ser conduzida

[1] Alguns instrumentos citados neste capítulo foram desenvolvidos em outros países e necessitam de validação para a população brasileira. Além disso, os testes psicológicos passam por avaliações periódicas realizadas pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi), vinculado ao Conselho Federal de Psicologia, a fim de garantir sua qualidade. Recomendamos que essas informações sejam consultadas antes da utilização dos instrumentos.

por profissional da saúde mental. Inclui as seguintes subescalas: distúrbios do conteúdo do pensamento, anormalidades perceptivas, desorganização conceitual, alterações motoras, concentração e atenção, emoção e afeto, diminuição da energia e baixa tolerância ao estresse (Yung et al., 2005).

Gravidade da psicose

Escala de Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico – DSM-5

Trata-se de instrumento para avaliação dimensional dos sintomas primários da psicose, incluindo alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. A escala contém oito itens a serem preenchidos pelo clínico no momento da avaliação e pode ser reaplicada a intervalos regulares, a fim de acompanhar as mudanças da gravidade dos sintomas ao longo do tempo (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Uso de substâncias

O uso de substâncias é bastante prevalente em pacientes psicóticos, sendo o álcool e a maconha as mais utilizadas. A avaliação desses transtornos é importante, pois, além de desencadear um quadro psicótico, podem influenciar na apresentação clínica, na evolução, no prognóstico e na adesão ao tratamento.

Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Outras Substâncias (ASSIST)

Esse teste avalia simultaneamente várias classes de substâncias, é de fácil aplicação e interpretação e pode ser utilizado por diversos profissionais da área da saúde. É um questionário estruturado com oito questões sobre nove classes de substâncias psicoativas, englobando frequência de uso ao longo da vida e nos últimos três meses, problemas e prejuízos relacionados ao uso e dificuldades de parar. A versão brasileira do ASSIST apresentou boa sensibilidade, especificidade, consistência interna e validade, sugerindo sua utilidade na detecção do uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas (Henrique, De Micheli, R. B. Lacerda, L. A. Lacerda, & Formigoni, 2004).

Demências

Devido à alta associação entre o diagnóstico de demência e sintomas psicóticos, é importante o uso de um instrumento que auxilie no diagnóstico diferencial.

Miniexame do Estado Mental (MEEM)

O MEEM é amplamente utilizado como teste de rastreio para demências e é validado para a população brasileira. Sua aplicação é simples, com duração de 5 a 10 minutos. É composto por diversas questões agrupadas em sete categorias que avaliam funções cognitivas específicas: orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. Apresenta boa consistência interna, alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de demência (Almeida, 1998). Estudos realizados com a população brasileira atentam para a influência da escolaridade, que deve ser considerada a partir de diferentes pontos de corte (Bertolucci, Brucki, Campacci, & Juliano, 1994).

Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR)

A CDR pode ser utilizada como instrumento diagnóstico e de avaliação da gravidade de quadros demenciais. É uma entrevista semiestruturada, validada em português, que engloba seis categorias: memória, orientação, julgamento ou solução de problemas, relações comunitárias, atividades no lar ou de lazer e cuidados pessoais. Avalia cognição e comportamento, bem como a influência das perdas cognitivas no desenvolvimento de atividades diárias (Montaño & Ramos, 2005).

Avaliação cognitiva

A avaliação cognitiva é parte nuclear do psicodiagnóstico em pacientes psicóticos, uma vez que resultados de pesquisas científicas consolidadas apontam para a presença de déficits cognitivos em cerca de 80% dos pacientes (Keefe & Fenton, 2007). Ainda, estudos evidenciam a presença de alterações cognitivas pré-mórbidas (antes do início da doença) e em familiares em primeiro grau dos pacientes (Cella, Hamid, Butt, & Wykes, 2015; Dikson, Laurens, Cullen, & Hodgins, 2012). Assim, os déficits cognitivos são centrais nas psicoses e não apenas consequência de outros sintomas ou do uso de medicamentos, o que exige uma avaliação criteriosa durante o processo do psicodiagnóstico.

Uma importante metanálise sobre déficits cognitivos em pacientes com esquizofrenia sele-

cionou 113 de 1.275 artigos publicados entre 1990 e 2003, totalizando 4.365 pacientes e 3.429 controles, e investigou cinco domínios cognitivos específicos: QI, memória, linguagem, funções executivas e atenção. Em todos os domínios, os pacientes com esquizofrenia apresentaram pior desempenho quando comparados ao grupo-controle (Fioravanti, Carlone, Vitale, Cinti, & Clare, 2005). Outra metanálise mais recente investigou artigos publicados entre 2006 e 2011, dos quais selecionou 100 estudos (9.048 pacientes e 8.814 controles) e encontrou prejuízos em todos os domínios cognitivos avaliados, confirmando dados de estudos anteriores. Mais especificamente, encontrou pior desempenho nos testes que avaliaram memória e velocidade de processamento (Schaefer, Giangrande, Weinberger, & Dickinson, 2013).

Ainda não há concordância quanto aos prejuízos cognitivos específicos, uma vez que as diferentes metodologias adotadas nos estudos (tipo de amostra, instrumentos utilizados e análises) levam a resultados divergentes. Apesar da heterogeneidade desses déficits, que conferem variações do funcionamento cognitivo entre os pacientes, há evidências de que, em conjunto, eles são significativos e diferem dos déficits identificados em outros transtornos, como depressão ou doença de Alzheimer (Haring, Mõttus, Koch, Trei, & Maron, 2015; Keefe & Harvey, 2012).

Mais recentemente, têm sido utilizados novos paradigmas na compreensão da cognição, como a cognição social e a metacognição, buscando o desenvolvimento de instrumentos de validade ecológica, ou seja, que se aproximem mais da realidade cotidiana dos pacientes. A cognição social começou a ser estudada no início dos anos 1970 e parte do paradigma de que o desenvolvimento cognitivo está intimamente relacionado à capacidade de interação social. Mais especificamente, refere-se à maneira como o indivíduo percebe e compreende outra pessoa e é medida a partir da habilidade de identificar e reconhecer emoções, tendo como base as expressões faciais ou o tom de voz. A metacognição, que na interpretação literal significa "para além da cognição", está relacionada à complexa capacidade de pensar sobre o próprio pensamento. Diz respeito à habilidade de avaliar e monitorar os processos cognitivos com o objetivo de regular o comportamento e o pensamento, respondendo às demandas do ambiente (Sprong, Schothorst, Vos, Hox, & Van Engeland, 2007). Um estudo de revisão mostrou dificuldades metacognitivas em pacientes no contínuo de psicose que interferiam em seu funcionamento social (Quiles, Prouteau, &Verdoux, 2013).

É consenso que o processo psicodiagnóstico com pacientes psicóticos deve incluir a análise acurada do funcionamento cognitivo em toda sua complexidade e que essa análise é fundamental para melhor compreensão do transtorno, para o diagnóstico diferencial e para o desenvolvimento de tratamentos que possam ser cada vez mais eficazes. Ao detectar déficits cognitivos, pode-se recorrer a estratégias de reabilitação cognitiva que tem se apresentado como técnica promissora para minimizar os prejuízos e contribuir na melhora clínica do paciente (Barlati, Deste, De Peri, Ariu, & Vita, 2013). A reabilitação cognitiva do tipo restauradora, apoiada nos mecanismos da plasticidade cerebral, pode ser especialmente útil nos quadros psicóticos e propõe a repetição intensa de uma tarefa cognitiva visando a recuperação de determinada função. Alguns estudos demonstraram resultados positivos a partir de seu uso, justificados pelo fato de que, na psicose, o déficit cognitivo possivelmente é resultado de uma disfunção, e não de uma degeneração neuronal, como no caso das demências, o que permite a restauração, pelo menos em parte, de determinada função cognitiva (Wexler & Bell, 2005). É importante salientar que o trabalho de treinamento e reabilitação cognitiva deve ser individualizado, levando em conta o perfil clínico de cada paciente, e estar integrado a abordagens farmacológicas e psicossociais, que, juntas, são fundamentais para a estabilização do paciente.

Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS-III)

A WAIS-III é um importante instrumento para avaliação clínica da capacidade intelectual, com duração média de 90 minutos. Trata-se de um teste amplo, composto por 14 subtestes que medem funções específicas de inteligência que resultam em quatro índices fatoriais (compreensão verbal, organização perceptual, memória de trabalho e velocidade de processamento) e em três medidas compostas (QIs verbal, de execução e total) que fornecem importantes informações sobre o funcionamento cognitivo (Nascimento, 2005; Wechsler, 1997).

Avaliação e Tratamento para a Melhora da Cognição na Esquizofrenia (MATRICS)

O Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (NIHM) iniciou, em 2002, o desen-

volvimento da pesquisa de Avaliação e Tratamento para a Melhora da Cognição na Esquizofrenia (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia – MATRICS) a fim de identificar os domínios cognitivos prejudicados na esquizofrenia e criar uma bateria de avaliação mais adequada aos déficits encontrados. Um dos objetivos dessa pesquisa também foi atender a necessidade de critérios que pudessem ser úteis para o desenvolvimento de fármacos voltados para a melhora cognitiva na esquizofrenia. O resultado desse trabalho foi a identificação de dimensões cognitivas independentes (Tab. 28.1), com os respectivos testes para avaliá-las. As limitações relacionadas ao uso dessa bateria são a necessidade de uso de computadores e materiais específicos que diminuem a portabilidade e aumentam o custo. Além disso, trata-se de uma bateria muito extensa, o que pode ser um complicador em se tratando de pacientes com dificuldades para tolerar tarefas longas que exijam esforço mental.

Escala Breve de Avaliação da Cognição na Esquizofrenia (BACS)

A BACS foi desenvolvida para avaliar os principais déficits cognitivos apresentados na esquizofrenia (Tab. 28.2). Trata-se de uma bateria de fácil administração, baixo custo, portátil e adequada para reavaliação. Apresenta boas propriedades psicométricas, e seu tempo médio de aplicação é de 40 minutos (Keefe et al., 2004). Há uma versão adaptada para uso no Brasil, com resultados consistentes com os relatados na validação da versão original e em estudos similares, mostrando-se um instrumento promissor no estudo da cognição de pacientes com esquizofrenia no Brasil (Salgado et al., 2007).

Escala de Pontuação de Cognição na Esquizofrenia (SCoRS)

A SCoRS é uma medida para avaliar os déficits cognitivos e suas repercussões sobre a funcionalidade de pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia. Trata-se de uma entrevista composta por 20 itens que deve ser respondida de forma independente pelo paciente, pelo informante e pelo entrevistador. São avaliados os domínios cognitivos: atenção, memória, raciocínio e solução de problemas, memória de trabalho, linguagem e habilidades motoras. O tempo médio de aplicação é de 15 minutos. Há uma versão brasileira dessa escala (SCoRS-Br) em contextos clínicos sem informantes que apresenta validade de construto convergente e de fidedignidade. Ainda são necessários mais estudos para a investigação dos demais critérios de validação (Ferreira Junior et al., 2010).

Avaliação da personalidade

No processo psicodiagnóstico em pacientes do espectro psicótico, a avaliação da personalidade é um componente essencial, na medida em que busca identificar o funcionamento egoico, os principais conflitos, os mecanismos de defesa, entre outros fatores que determinam o ajustamento do paciente ao meio ambiente. É importante salientar que a análise da personalidade pode ser feita a partir de observação comportamental, acesso a registros históricos e relatos de familiares já nas primeiras entrevistas. Mais especificamente, podemos contar com alguns instrumentos que auxiliam nesse processo complexo.

Basicamente, os instrumentos para avaliar a personalidade dividem-se em dois grupos: testes projetivos e medidas objetivas das escalas de autorrelato e inventários. São duas abordagens distintas, que vão da análise de cada caso (medidas projetivas) até a possibilidade do estudo de traços comuns em grupos de indivíduos (medidas objetivas), e apresentam especificidades que são complementares na busca por melhor compreensão do funcionamento humano.

Os instrumentos objetivos têm sido muito utilizados na prática clínica por serem rápidos e práticos, tanto na aplicação como na correção. Por serem factíveis para aplicação em grandes amostras, são os mais utilizados em pesquisas que avaliam personalidade em quadros psicóticos, inclusive estudando a associação de dimensões da personalidade com componentes biológicos, como genes e estruturas cerebrais. Pacientes psicóticos com déficits cognitivos importantes podem apresentar limitações para o uso desses instrumentos. Muitas vezes é possível ler as perguntas para auxiliar o paciente, entretanto, em casos de dificuldades maiores, a aplicação pode ser inviável ou os resultados podem ser inválidos.

Embora haja poucos estudos publicados com testes projetivos pela própria complexidade da técnica, eles são fundamentais na prática clínica. Embasados na teoria psicodinâmica da personalidade, fornecem dados qualitativos que ajudam a compreender o funcionamento individual. Por utilizarem uma metodologia indireta baseada na projeção e estímulos pouco estruturados, o

TABELA 28.1
Bateria cognitiva de consenso da MATRICS

Domínio cognitivo	Teste*
Velocidade de processamento	Trail Making Test, Part A Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, symbol coding subtest
Aprendizagem verbal	Hopkins Verbal Learning Test – Revised, immediate recall (three learning trials only)
Memória de trabalho (não verbal)	Wechsler Memory Scale, 3rd ed., spatial span subtest
Memória de trabalho (verbal)	Letter-Number Span test
Raciocínio, planejamento e resolução de problemas	Neuropsychological Assessment Battery, mazes subtest
Aprendizagem visual	Brief Visuospatial Memory Test – Revised
Velocidade de processamento	Category Fluency Test, animal naming
Cognição social	Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test, managing emotions branch
Domínio cognitivo	Continuous Performance Test, Identical Pairs version

* Por ordem recomendada de utilização.
Fonte: Adaptada de Nuechterlein e colaboradores (2008).

paciente não tem controle sobre o que está sendo investigado e responde livremente aos estímulos, revelando, de forma menos defensiva, os aspectos inconscientes da personalidade. Com pacientes psicóticos, é importante ficar atento a possíveis interferências de dificuldades motoras ou perceptivas, que devem ser consideradas na análise dos resultados.

A seguir, apresentamos a descrição dos principais instrumentos para avaliação da personalidade e alguns resultados de estudos realizados com pacientes psicóticos. Por se tratar de uma

TABELA 28.2
Escala Breve de Avaliação da Cognição na Esquizofrenia (BACS)

Domínio cognitivo	Testes
Memória verbal	Lista de palavras
Memória operativa	Tarefa de sequenciamento de dígitos
Destreza motora	Tarefa motora com fichas
Atenção e velocidade de processamento	Tarefa de codificação de símbolos
Fluência verbal	Letra inicial e nome de animais
Funções executivas	Torre de Londres

Fonte: Salgado e colaboradores (2007).

ampla gama de instrumentos, sendo impossível descrever todos em um capítulo, escolhemos os mais utilizados e citados na literatura.

Modelo de Temperamento e Caráter de Cloninger (TCI)

O TCI propõe que a formação da personalidade ocorre a partir da interação de aspectos biológicos, psicológicos e sociais que resultam no desenvolvimento de determinado temperamento (herdado e pouco modificável) e caráter (aprendido no ambiente e modificável). Trata-se de um questionário autopreenchível, com 240 itens de verdadeiro ou falso, que avalia quatro fatores de temperamento (esquiva ao dano, busca pela novidade, dependência de gratificação e persistência) e três fatores de caráter (autodirecionamento, cooperatividade e autotranscendência) (Cloninger, 1994).

Um estudo que avaliou a personalidade em pacientes esquizofrênicos utilizando o TCI encontrou escores mais altos em esquiva de dano e autotranscendência e mais baixos em dependência de gratificação, autodirecionamento e cooperatividade, quando comparados com controles (Miralles et al., 2014). O fator de esquiva ao dano é considerado um possível endofenótipo (traço intermediário em uma cadeia de causalidade com origens genéticas, tendo por desfecho um transtorno multifatorial), predizendo disfunções sociais, tanto em indivíduos com alto risco para esquizofrenia quanto naqueles que já tinham desenvolvido o transtorno (Fresán et al., 2015). Nessa mesma direção, subfatores da esquiva de dano (timidez e sociabilidade) foram identificados como possíveis preditores do funcionamento social dos pacientes esquizofrênicos (Jetha, Goldberg, & Schmidt, 2013).

Inventário de Personalidade de Cinco Fatores (NEO PI-R)

Baseado no modelo de cinco grandes fatores da personalidade desenvolvido por MacCrae e Costa (1987), o NEO PI-R traz 240 itens divididos em cinco domínios: neuroticismo, extroversão, abertura a experiências, amabilidade e conscienciosidade. Conta, também, com uma versão reduzida, o NEO FFI-R, com 60 itens. Esse instrumento encontra-se adaptado para a realidade brasileira e tem sido amplamente utilizado nos contextos clínico e de pesquisa (Flores-Mendoza, Lelé, Primi, Nunes, & Sisto, 2010).

Um estudo avaliou a relação entre os domínios de personalidade de acordo com o NEO-FFI e sintomas psicóticos em 217 pacientes com transtornos psicóticos, 281 irmãos desses pacientes e 176 controles. Os resultados mostram que os pacientes diferem dos irmãos e controles em quatro dos cinco domínios avaliados, não apresentando diferenças no domínio de abertura a experiências. Mais especificamente, alto nível de neuroticismo e baixo nível de extroversão e amabilidade foram associados a maior severidade dos sintomas. Os irmãos dos pacientes tinham maior nível de neuroticismo em comparação aos controles. Ainda, altos níveis de neuroticismo e de abertura a experiências foram associados a níveis mais elevados de experiências psicóticas subclínicas nos três grupos (Boyette et al., 2013).

Inventário de Organização da Personalidade (IPO)

Baseado no modelo psicanalítico de organização da personalidade de Otto Kenrberg, o IPO foi desenvolvido para avaliar a personalidade de maneira sistemática a partir do autorrelato dos pacientes. Apresenta 83 itens subdivididos em três escalas clínicas primárias (difusão de identidade, defesas psicológicas primitivas e teste de realidade) e duas escalas secundárias (agressão e valores morais) (Clarkin, Foelsch, & Kernberg, 2001). Esse inventário tem demonstrado qualidades psicométricas adequadas em diferentes culturas e está adaptado para a população brasileira (Oliveira & Bandeira, 2011).

Teste da Casa-Árvore-Pessoa (HTP)

A técnica projetiva do desenho da casa, árvore e pessoa (HTP) tem sido usada ao longo de décadas para obter informações sobre a percepção que o sujeito tem de si e da realidade. É um instrumento sensível ao funcionamento inconsciente, uma vez que favorece a projeção de elementos da personalidade não identificados conscientemente e de áreas de possíveis conflitos. A aplicação é realizada em duas fases. A primeira é não verbal e consiste em convidar o paciente para fazer o desenho de uma casa, de uma árvore e de uma pessoa à mão livre. Na segunda fase, é realizado um inquérito estruturado composto por perguntas relacionadas aos desenhos. A aplicação leva em torno de 30 minutos, podendo variar consideravelmente de acordo com as características de cada sujeito (um paciente detalhista e perfeccionista pode levar mais de uma hora). Opcionalmente, pode ser solicitada a realização de desenhos coloridos e inquérito. Os desenhos são avaliados por suas características, tamanho, localização, pre-

sença ou ausência de determinadas partes e respostas ao inquérito (Buck, 2009). É importante salientar que o HTP é um teste viável para pessoas de baixa escolaridade, com limitações intelectuais e de expressão verbal, sendo bastante útil na avaliação de quadros psicóticos em que o paciente não se encontra em condições de responder a inventários e testes mais complexos.

Por sofrerem alteração da percepção corporal, é frequente que sujeitos em estados psicóticos apresentem dificuldades na representação da figura humana. Essas dificuldades são identificadas a partir de deformações, quebras, desintegração, desarticulação, desenhos inexpressivos e despersonalizados. Os desenhos podem preencher a página inteira, conter símbolos atípicos, formas bizarras, imagens estáticas ou rígidas, estereotipias e inserção de palavras ou números (Buck, 2009; Teneycke, Hoshino, & Sharpe, 2009). Do ponto de vista clínico, o desenho da casa, por suas características expressivas do nível de organização do ego, constitui elemento útil no diagnóstico clínico, especialmente na diferenciação dos níveis de adaptação à realidade. Um estudo que analisou características do desenho da árvore em pacientes esquizofrênicos identificou tronco mais largo, maior tamanho dos ramos e ocupação da área total da folha, quando comparado aos desenhos de sujeitos saudáveis (Kaneda et al., 2010).

Técnica de Rorschach

O Rorschach é uma técnica de avaliação da personalidade reconhecida mundialmente, desenvolvida por Hermann Rorschach em 1921. Dez lâminas com manchas de tintas simétricas são apresentadas ao sujeito, uma de cada vez, e lhe é solicitado que diga tudo o que elas sugerem. Após a aplicação, é realizada a fase do inquérito, em que o psicólogo tem como objetivo identificar os conteúdos verbalizados, os motivos que conduziram a cada conteúdo e sua localização. Por meio da análise dos processos perceptivos identificados na produção das respostas, é possível avaliar aspectos estruturais e dinâmicos da personalidade (Werlang, Villemor-Amaral, & Nascimento, 2010).

Um estudo que fez um levantamento de variáveis do Rorschach para esquizofrenia em diferentes pesquisas identificou a presença de contaminação (dissociação do pensamento), confabulação (fuga da realidade e fantasia), alta frequência da forma de má qualidade (comprometimento do pensamento lógico) e baixa frequência das respostas populares (limitações para perceber a realidade objetiva) mais fortemente associada a quadros de esquizofrenia, embora não sejam variáveis exclusivas destes (Resende & Argimon, 2012). Um trabalho sobre o corpo vivido na psicose aborda a cisão que atinge o corpo, causando uma dissolução das formas, alterando a vivência de tempo e espaço. Essa cisão é apresentada no Rorschach a partir de referências a despedaçamento, cinestesias (percepção do corpo ou objetos em movimento), transformações, deformações e conteúdos fantásticos, e raramente aparecem figuras humanas em movimento, o que pressuporia uma integração corporal (Amparo & Antúnez, 2012).

Teste de Apercepção Temática (TAT)

O TAT tem sido utilizado há muitos anos como teste projetivo e exige do psicólogo, além de capacidade técnica, uma análise clínica apurada. Consiste na apresentação de cartões com imagens e de um cartão em branco ao paciente, para que invente histórias sobre eles. A análise e interpretação das histórias são feitas a partir das narrações do examinando e visam identificar o funcionamento da personalidade no que se refere a fantasias inconscientes, nível de contato com a realidade, integração do ego e ajustamento ao ambiente, defesas predominantes e padrões de relações interpessoais (Murray, 1943/1995).

De forma geral, as histórias construídas por pacientes psicóticos apresentam dificuldades na capacidade simbólica e seguem descrições factuais e concretas. Aspectos da análise das narrações apontam para emergência de processos primários, percepção de objetos fragmentados e relações marcadas pela simbiose (Calado & Silva, 2011).

Avaliação da funcionalidade

Há um crescente interesse pela avaliação da funcionalidade em função de ela identificar a interação das dificuldades cognitivas e psicológicas com o funcionamento do paciente no contexto familiar, profissional e social, resultando em uma medida de prejuízo. Nos quadros psicóticos, são frequentes os prejuízos funcionais (dificuldades nas interações sociais, manutenção dos relacionamentos e incapacidade em trabalhar) desde o início da doença até a fase residual.

Escala de Avaliação do Funcionamento Global (GAF)

A GAF é um dos instrumentos mais usados para avaliar funcionalidade nos transtornos psiquiá-

VINHETA CLÍNICA / 28.1

TM, 55 anos, solteira, ensino superior incompleto, separada, descendência europeia. Vem trazida pela família, logo após alta de hospital psiquiátrico, com diagnóstico de transtorno bipolar, em uso de lítio e clorpromazina. Havia sido hospitalizada pela família, que achara que ela havia perdido o juízo e inventava coisas (histórias), como, por exemplo, que membros de uma família de sua região e a Igreja Católica queriam matar sua mãe e haviam colocado uma colostomia nesta e passado pó-de-mico em seu corpo, que a vigiavam por câmeras, que não conseguia trabalhar devido a essa perseguição. Referia uso de *Cannabis* desde o final da adolescência e que havia parado o uso havia um mês.

História da doença atual: Iniciou uso de *Cannabis* aos 18 anos, no começo do curso superior, que abandonou aos 24 anos, sem conseguir se formar. Trabalhou alguns meses como instrumentadora cirúrgica em um hospital de servidores públicos, tendo abandonado o emprego para se casar com um dependente químico, que a levou para morar em outro país. Dos 25 aos 31 anos, viveu nas ruas, fazendo trabalho ambulante de venda de incenso, e teve dois filhos, o primeiro aos 29 anos e o segundo aos 31. Nessa idade, a família foi buscá-la, depois de ela ter pedido, pois se sentia perseguida pelo marido, tendo saído de casa para morar debaixo de uma ponte, abandonando os filhos e o marido. Sem levar os filhos, foi morar em sua região natal, junto da família, onde retomou o comércio ambulante e casou-se com um pastor evangélico, com o qual teve dois filhos. Aos 40 anos, separou-se por iniciativa do marido, que alegava que ela mentia e usava maconha. Na época, achava que o marido pensava que ela roubava papéis da igreja e por isso havia contratado gente para vigiá-la e que ele dava ouvido a pessoas que "inventavam coisas" e que a deixaram com "má fama". Dos 40 aos 55 anos seguiu morando com a família (mãe e irmã), sem conseguir mais trabalhar nem cuidar dos filhos, consumindo *Cannabis* de forma regular, e sem tratamento psiquiátrico.

História passada: Nasceu em uma família de agricultores de origem italiana, sendo a mais nova de quatro irmãos. Sempre foi tida como tímida e quieta, e lembra que, aos 11 anos, sofreu abuso sexual de um conhecido da família, com "toque" no corpo. A partir dessa ocorrência, passou a ter medo de relações sexuais, o que perdurou ao longo da adolescência. Lembra que, na época, tinha dificuldade em entender metáforas e frases com "segundo sentido", o que dificultava que ficasse à vontade em situações sociais. Também lembra que o uso de *Cannabis* lhe dava mais tranquilidade para se aproximar das pessoas.

Exame do estado mental: Alerta, com afeto embotado, hipomodulado, baixo autocuidado em higiene e vestimenta, pensamento de curso lento em alguns momentos da avaliação, desorganizado ao tentar explicar a sensação de perseguição e as acusações da família, com perda de curso de associações, ideias de conteúdo delirante de perseguição a ela e a mãe, sem entendimento da gravidade e do prejuízo pessoal, minimizando o uso e o impacto do uso de *Cannabis* em sua vida, mentindo a respeito e, quando confrontada, banalizando e minimizando o uso.

Exames: Sangue, eletrólitos, transaminases, triglicerídeos, hormônios de tireoide e proteína C reativa normais. Cocaína negativa na urina, e duas amostras positivas de *Cannabis*.

Psicodiagnóstico: Foram realizadas duas entrevistas clínicas, uma com a paciente junto com sua irmã, que a acompanhou durante o processo de avaliação, e outra somente com TM. Nesse primeiro momento, já foram identificados aspectos psicóticos paranoides, com delírios de perseguição, que alteravam sua percepção da realidade e interferiam de forma significativa no funcionamento familiar. Na avaliação da cognição, realizada por meio da WAIS-III, a paciente apresentou funcionamento cognitivo médio (QI total = 95), com maior habilidade na modalidade verbal da inteligência (QI = 105), que diz respeito ao repertório de conhecimento adquirido e à capacidade de fluência verbal, do que na área de execução (QI = 85), que é uma medida de raciocínio fluido, processamento visuoespacial, atenção para detalhes e integração visuomotora. No HTP, os desenhos da figura humana,

da árvore e da casa apontaram para dificuldades no ajustamento ao ambiente, relacionadas a fragilidade egoica e alteração no contato com a realidade. Os tamanhos aumentados dos desenhos e algumas características bizarras indicaram aspectos psicóticos. Os dados do inquérito apresentavam conteúdos paranoides e estavam contaminados com delírios de perseguição, ao mesmo tempo em que remetiam a sentimentos de desamparo e solidão e a dificuldades na autonomia compatíveis com a realidade da paciente nesse momento de maior restrição e dependência. Na integração dos domínios do NEO PI-R, TM apresentou escores altos no domínio de neuroticismo, mais especificamente nas facetas de depressão, raiva/hostilidade e vulnerabilidade, relacionadas a predisposição a tristeza e solidão, tendência a vivenciar e expressar sentimentos de raiva e dificuldades de lidar com o estresse, tornando-se dependente. Os baixos escores em extroversão e conscienciosidade apontam para dificuldades importantes nos relacionamentos interpessoais e na adaptação ao ambiente. Na técnica de Rorschach, a paciente apresentou aumento bastante significativo de respostas de detalhe comum em detrimento de respostas globais, indicando dificuldade importante na percepção objetiva da realidade e preocupação demasiada com minúcias que prejudicam a visão de conjunto. A ausência de respostas cromáticas remeteu a dificuldades nos relacionamentos sociais e na adaptação ao meio ambiente. Por fim, a prevalência de conteúdos animais em detrimento de conteúdos humanos apontou a presença de aspectos regressivos e dificuldades no uso de recursos de controle emocional. Fenômenos especiais, como ideia de referência e autorreferência, indicaram confusão emocional e dificuldades na percepção e contato com a realidade.

Discussão: Chama atenção o caso de uma paciente com psicose paranoide de longa evolução e deterioração progressiva, com múltiplos casamentos e filhos a despeito dos sintomas, com uso de *Cannabis* antecedendo a psicose e mantido ao longo de toda a vida, o que pode ter influenciado no desencadeamento e no agravamento do transtorno. Adicionalmente, a família considerava que havia mais um problema de personalidade do que uma doença psiquiátrica, o que resultou em muito pouca experiência com tratamento psiquiátrico, a despeito da presença de psicopatologia grave, porém pouco comportamento disruptivo, de agressividade ou agitação, e presença de um discurso vago e restrito, junto com comportamento que parecia mais contestação de autoridade do que perda de autocrítica. Daí a importância da avaliação psiquiátrica unida ao psicodiagnóstico para maior elucidação dos sintomas e identificação adequada do tipo de transtorno psicótico. Os resultados do processo de avaliação foram fundamentais para posterior psicoeducação da paciente e sua família e para o tratamento de forma a reduzir os sintomas psicóticos e prejuízos associados e aumentar a qualidade de vida.

tricos, sendo caracterizada pela aplicação fácil e rápida. É dividida em 10 faixas de funcionamento, com dois componentes em cada uma delas. O primeiro se relaciona à gravidade e o segundo aos funcionamentos psicológico, social e ocupacional. O clínico escolhe uma pontuação de acordo com sua percepção do funcionamento do paciente. Uma das limitações dessa escala é que não oferece informações específicas sobre as áreas que se encontram prejudicadas (Jones, Thornicroft, Coffey, & Dunn, 1995).

Escala de Estadiamento Funcional (FAST)

A FAST é um instrumento para avaliação objetiva de funcionamento psicossocial, composta por 24 itens divididos em seis áreas: autonomia, trabalho, cognição, finanças, relações interpessoais e lazer. É administrada pelo clínico referindo-se aos últimos 15 dias, sendo de aplicação rápida e fácil. Sua estrutura possibilita detectar mudanças no paciente, podendo ser utilizada como medida de avaliação contínua da funcionalidade (Cacilhas et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Em conclusão, pode-se considerar que a psicose faz parte de uma síndrome extremamente frequente, de distribuição contínua na população,

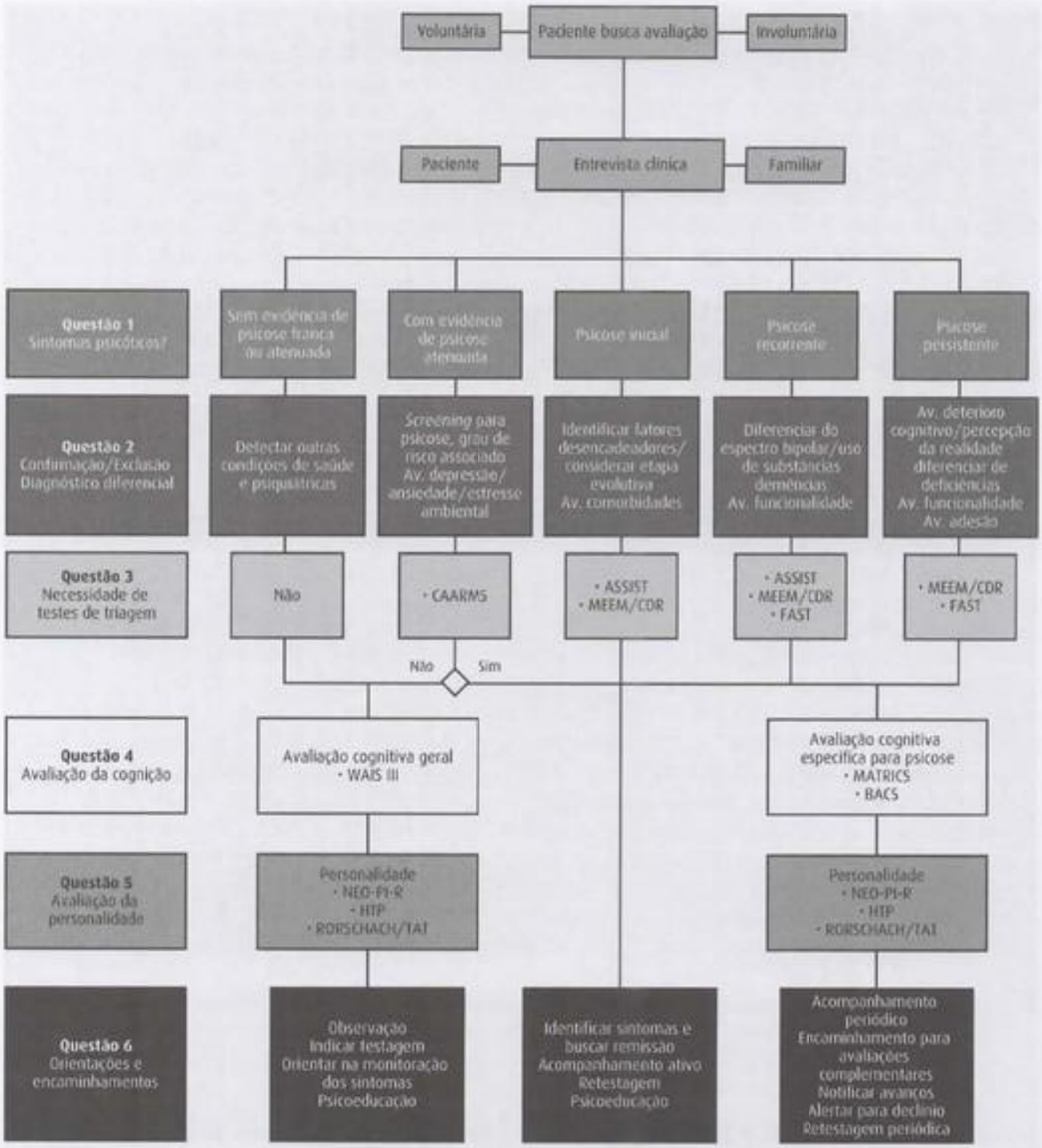


FIGURA 28.3 / Proposta de algoritmo para avaliação de pacientes com suspeita de psicose.

ao longo da vida, com evolução bidirecional, de agravamento e atenuação, sendo que, em uma proporção considerável de casos, progride para um quadro persistente em que se torna predominante. Ela pode surgir e desaparecer em quadros agudos de trauma, infecção, privação ou sobrecarga sensorial, intoxicação, distúrbios metabólicos, por vezes não mais retornando, ou retornando associada a outros prejuízos, seja de cognição, habilidade social, motricidade, etc. As psicoses têm uma dinâmica individual, que precisa ser avaliada adequadamente, em sua estabilidade e flutuação, em sua transição por síndromes da mesma dimensão ou em outras síndromes de dimensões diferentes.

O trabalho conjunto do psiquiatra e do psicólogo no encaminhamento e na condução do psicodiagnóstico possibilita a soma de forças no

processo de identificação do quadro psicótico, garantindo tratamento adequado que pode proteger da deterioração (inclusive de atrofia cerebral) e, consequentemente, do prejuízo funcional. Após a identificação e o tratamento, o psicodiagnóstico deve ser repetido periodicamente para avaliar a progressão ou não da doença e orientar quanto a possíveis intervenções.

O psicólogo que trabalha com avaliação psicológica deve estar atento às atualizações, tanto no que se refere aos avanços das técnicas de avaliação quanto à compreensão da psicopatologia e sua correlação com a neuropatologia, uma vez que o conhecimento se encontra em constante transformação. Os instrumentos de avaliação são muito importantes no psicodiagnóstico, entretanto, o maior foco é o paciente. Essa visão deve nortear a condução do processo a fim de impedir o reducionismo da avaliação à aplicação de técnicas e testes e à interpretação dos resultados de forma simplista. É preciso manter em mente que o funcionamento do indivíduo resulta de uma interação dinâmica entre fatores genéticos, biológicos, psicológicos e sociais, o que torna mais complexo o processo de avaliação e exige do psicólogo, além do conhecimento técnico, compreensão clínica integrada.

Muitos avanços têm sido feitos no campo da avaliação de pacientes psicóticos, como a construção de baterias cognitivas específicas. No entanto, ainda há muito espaço para o desenvolvimento de instrumentos específicos que auxiliem na compreensão da complexidade envolvida nesses quadros, no processo diagnóstico e na diferenciação de outros transtornos. Além disso, muitos instrumentos desenvolvidos em outros países necessitam de validação para a população brasileira e, portanto, não podem ser utilizados.

Em convergência com a visão dimensional das psicoses exposta neste capítulo, torna-se crucial avaliar o risco e as transições dentro da psicose que, muitas vezes, pode não ser identificada no psicodiagnóstico. São necessários esforços para o estudo de indicadores cognitivos e psicológicos que subsidiem o desenvolvimento de instrumentos que detectem o risco para psicose, aumentando as possibilidades de intervenção precoce a fim de prevenir ou retardar o início do quadro. Com as perspectivas de evolução na elucidação dos mecanismos subjacentes à vulnerabilidade para o desenvolvimento das psicoses, pode-se ampliar o entendimento clínico e contribuir para reduzir os danos cerebrais e aumentar a qualidade de vida dos indivíduos que sofrem em decorrência desses transtornos.

REFERÊNCIAS

Almeida, O. P. (1998). Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 56*(3B), 605-612.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Amparo, D. M., & Antúnez, A. E. A. (2012). O corpo vivido na psicose: Método fenômeno estrutural do Rorschach. *Avaliação Psicológica, 11*(3), 335-346.

Andreou, C., Bozikas, V. P., Luedtke, T., & Moritz, S. (2015). Associations between visual perception accuracy and confidence in a dopaminergic manipulation study. *Frontiers in Psychology, 6*, 414.

Barlati, S., Deste, G., De Peri, L., Ariu, C., & Vita, A. (2013). Cognitive remediation in schizophrenia: Current status and future perspectives. *Schizophrenia Research and Treatment, 2013*.

Bertolucci, P. H., Brucki, S. M., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 52*(1), 1-7.

Boyette, L. L., Korver-Nieberg, N., Verweij, K., Meijer, C., Dingemans, P., Cahn, W., ... de Haan, L. (2013). Associations between the Five-Factor Model personality traits and psychotic experiences in patients with psychotic disorders, their siblings and controls. *Journal of Psychiatric Research, 210*(2), 491-497.

Buck, J. N. (2009). *H-T-P: Casa-árvore-pessoa: Técnica projetiva de desenho: Manual e guia de interpretação*. São Paulo: Vetor.

Cacilhas, A. A., Magalhães, P. V., Ceresér, K. M., Walz, J. C., Weyne, F., Rosa, A. R., ... Kapczinski, F. (2009). Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value in Health Journal, 12*(4), 624-627.

Calado, J. H., & Silva, M. E. (2011). A esquizofrenia e a demência no Teste de Apercepção Temática: Uma análise da angústia e da relação de objeto. *Contextos Clínicos, 4*(2), 67-79.

Calkins, M. E., Moore, T. M., Merikangas, K. R., Burstein, M., Satterthwaite, T. D., Bilker, W. B., ... Gur, R. E. (2014). The psychosis spectrum in a young U.S. community sample: Findings from the Philadelphia Neurodevelopmental Cohort. *World Psychiatry, 13*(3), 296-305.

Cella, M., Hamid, S., Butt, K., & Wykes, T. (2015). Cognition and social cognition in non-psychotic siblings of patients with schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry, 20*(3), 232-242.

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (2001). *The Inventory of Personality Organization (IPO)*. White Plains: The New York Hospital-Cornell Medical Center.

Cloninger, C. R. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis: Washington University.

De Rosses, P., & Karlsgodt, K. H. (2015). Examining the Psychosis Continuum. *Current Behavioral Neuroscience Reports, 2*(2), 80-89.

Dickson, H., Laurens, K. R., Cullen, A. E., & Hodgins, S. (2012). Meta-analyses of cognitive and motor function in youth aged 16 years and younger who subsequently develop schizophrenia. *Psychological Medicine, 42*(4), 743-755.

Ferreira Júnior, B. C., Barbosa, M. A., Barbosa, I. G., Borges, A., Hara, C., & Lopes, F. (2010). Versão brasileira da Escala de Avaliação da Cognição em Esquizofrenia (SCoRS-Br): Validação em contextos clínicos sem informantes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59*(4), 271-278.

Fioravanti, M., Carlone, O., Vitale, B., Cinti, M. E., & Clare, L. (2005). A meta analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychology Review, 15*(2), 73-95.

Flores-Mendoza, C. E., Lelé, A. J., Primi, R., Nunes, C. H., & Sisto, F. (2010). Estudo brasileiro (adaptação e validação) e procedimento de uso do NEO-PI-R. In P. T. Costa, & R. R. McCrae. (Orgs.), *NEO-PI-R: Inventário de personalidade NEO Revisado: Manual*. São Paulo: Vetor.

Fresán, A., León-Ortiz, P., Robles-García, R., Azcárraga, M., Guizar, D., Reyes-Madrigal, F., ... de la Fuente-Sandoval, C. (2015). Personality features in ultra-high risk for psychosis: A comparative study with schizophrenia and control subjects using the Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R). *Journal of Psychiatric Research, 61*, 168-173.

Freud, S. (1996). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. Originalmente publicado em 1911.

Fusar-Poli, P., Carpenter, W. T., Woods, S. W., & McGlashan, T. H. (2014). Attenuated psychosissyndrome: Ready for DSM-5.1? *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 155-192.

Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). Focus on psychosis. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(1), 9-18.

Haring, L., Mõttus, R., Koch, K., Trei, M., & Maron, E. (2015). Factorial validity, measurement equivalence and cognitive performance of the Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) between patients with first-episode psychosis and healthy volunteers. *Psychological Medicine, 45*(9), 1919-1929.

Henrique, I. F., De Micheli, D., Lacerda, R. B., Lacerda, L. A., & Formigoni, M. L. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira, 50*(2), 199-206.

Jetha, M. K., Goldberg, J. O., & Schmidt, L. A. (2013). Temperament and its relation to social functioning in schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(3), 254-263.

Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcomescale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning. *British Journal of Psychiatry, 166*(5), 654-659.

Kaneda, A., Yasui-Furukori, N., Saito, M., Sugawara, N., Nakagami, T., Furukori, H., ... Kaneko, S. (2010). Characteristics of the tree-drawing test in chronic schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 64*(2), 141-148.

Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 160*(1), 13-23.

Keefe, R. S., & Fenton, W. S. (2007). How should DSM-V criteria for schizophrenia include cognitive impairment? *Schizophrenia Bulletin, 33*(4), 912-920.

Keefe, R. S., & Harvey, P. D. (2012). Cognitive impairment in schizophrenia. *Handbook of Experimental Pharmacology*, (213), 11-37.

Keefe, R. S., Goldberg, T. E., Harvey, P. D., Gold, J. M., Poe, M. P., & Coughenour, L. (2004). The brief assessment of cognition in schizophrenia: Reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophrenia Research, 68*(2-3), 283-297.

Maschietto, M., Tahira, A. C., Puga, R., Lima, L., Mariani, D., Paulsen Bda, S., ... Brentani H. (2015). Co-expression network of neural-differentiation genes shows specific pattern in schizophrenia. *BMC Medical Genomics, 8*, 23.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(1), 81-90.

Miralles, C., Alonso, Y., Verge, B., Setó, S., Gaviria, A. M., Moreno, L., ... Martorell, L. (2014). Personality dimensions of schizophrenia patients compared to control subjects by gender and the relationship with illness severity. *BMC Psychiatry, 14*(151).

Montaño, M. B., & Ramos, L. R. (2005). Validade da versão em português da clinical dementia rating. *Revista de Saúde Pública, 39*(6), 912-917.

Murray, H. A. (1995). *Teste de apercepção temática: TAT* (2. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo. Originalmente publicado em 1943.

Nascimento, E. (2005). *Escala de inteligência Wechsler para adultos (WAIS-III®): Manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R. S., Baade, L. E., Barch, D. M., Cohen, J. D., ... Marder, S. R. (2008). The MATRICS consensus cognitive battery, part 1: Test selection, reliability, and validity. *American Journal of Psychiatry, 165*(2), 203-213.

Oliveira, S. E., & Bandeira, D. R. (2011). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety, 1*(1), 1-9.

Quiles, C., Prouteau, A., & Verdoux, H. (2013). Characteristics and impact of metacognitive deficits in schizophrenia. *Encephale, 39*(2), 123-129.

Resende, A. C., & Argimon, I. I. L. (2012). A técnica de Rorschach e os critérios da CID-10 para o diagnóstico da esquizofrenia. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 25*(3), 422-434.

Salgado, J. V., Carvalhaes, C. F. R., Pires, A. M., Neves, M. C., Cruz, B. F., Cardoso, C. S., ... Keefe, R. S. E. (2007). Sensitivity and applicability of the Brazilian version of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS). *Dementia & Neuropsychologia, 1*(3), 260-265.

Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R., & Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: Consistent over decades and around the world. *Schizophrenia Research, 150*(1), 42-50.

Schott, B. H., Voss, M., Wagner, B., Wüstenberg, T., Düzel, E., & Behr, J. (2015). Fronto-limbic novelty processing in acute psychosis: Disrupted relationship with memory performance and potential implications for delusions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 9*, 144.

Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 191*, 5-13.

Teneycke, T., Hoshino, J., & Sharpe, D. (2009). The bridge drawing: An exploration of psychosis. *The Arts in Psychotherapy, 36*, 297-303.

Wechsler, D. (1997). *WAIS-III: Escala de inteligência Wechsler para adultos: Manual David Wechsler*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Werlang, B. S. G., Villemor-Amaral, A. E., & Nascimento, R. S. G. F. (2010). Avaliação psicológica, testes e possibilidades de uso. In Conselho Federal de Psicologia (CFP). (Org.), *Avaliação psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão*. Brasília: CFP.

Wexler, B. E., & Bell, M. D. (2005). Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 31*(4), 931-941.

Wolf, D. H., Satterthwaite, T. D., Calkins, M. E., Ruparel, K., Elliott, M. A., Hopson, R. D., ... Gur, R. E. (2015). Functional neuroimaging abnormalities in youth with psychosis spectrum symptoms. *JAMA Psychiatry, 72*(5), 456-465.

Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., ... Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: The Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*(11-12), 964-971.

29

PSICODIAGNÓSTICO E TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Ana Carolina Wolf Baldino Peuker
Felix Henrique Paim Kessler

Em termos gerais, o psicodiagnóstico aplicado a transtornos por uso de substâncias (TUS) pode ter diferentes finalidades: diagnóstico, prevenção, prognóstico, entendimento dinâmico, avaliação compreensiva, encaminhamento para serviços especializados e/ou de apoio, contexto educacional, laboral e/ou fins legais. Também traz informações relevantes ao planejamento terapêutico, à mensuração de desfechos e à reabilitação de condições clínicas decorrentes do uso de drogas. Do ponto de vista metodológico, o psicodiagnóstico nos transtornos por uso de substâncias pode abranger múltiplos recursos para a mensuração e a avaliação de aspectos relativos ao funcionamento psicológico. O psicodiagnóstico deve ser realizado por meio de medidas válidas, padronizadas, e pode incluir medidas oriundas de testes (psicométricos e projetivos), questionários, escalas e inventários, além de tarefas experimentais e observação clínica. Diante disso, este capítulo foi desenvolvido para discutir as especificidades relacionadas ao psicodiagnóstico no contexto dos TUS, bem como seus diferentes propósitos e métodos.

SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Substâncias psicoativas (SPAs) são aquelas capazes de promover alterações no funcionamento mental ou psiquismo. As drogas atuam sobre o cérebro, afetando a maneira como as pessoas que as utilizam pensam, sentem e se comportam. Essas alterações no psiquismo não são iguais para todas as substâncias, pois cada uma pode causar diferentes reações ou prejuízos cognitivos de acordo com seu potencial de ação, sendo classificadas como depressoras, estimulantes e pertubadoras do sistema nervoso central (SNC). Os efeitos neurotóxicos e os possíveis danos ocasionados dependem, então, do tipo de substância utilizada, do tempo e da intensidade do uso. As vias de administração que produzem a absorção mais rápida e eficiente na corrente sanguínea (p. ex., intravenosa, fumada, "cheirada") tendem a ocasionar intoxicação mais intensa e maior chance de um padrão progressivo de uso da substância, levando à abstinência. De modo similar, SPAs de ação mais rápida têm maior probabilidade de ocasionar intoxicação imediata do que aquelas de ação mais lenta (DSM; APA, 2014).

Padrões de consumo

O consumo de SPAs é um problema de saúde pública grave, que atinge dimensões mundiais e tem implicações não só no âmbito da saúde, mas também nas esferas econômica, social e política. O avanço recente de pesquisas em diversas áreas, como psicologia, biologia, sociologia, neurociências, entre outras, tem ampliado o conhecimento sobre esse fenômeno. O consumo de SPAs era compreendido como uma falha de "caráter", uma "fraqueza" ou de "força de vontade". O "drogado" era aquele que consumia a droga intensamente, em doses altíssimas, exigindo internação como única alternativa possível para o tratamento.

O diagnóstico de um TUS baseia-se em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao seu uso (Koob & Kreek, 2007).

Modelos teóricos mais atuais consideram que os TUSs decorrem de importantes prejuízos em circuitos cerebrais relacionados à tomada de decisão, deixando de lado a noção de que esses transtornos são oriundos do "livre arbítrio" e/ou da "força de vontade". A perspectiva mais atual sugere que a intensidade e as consequências negativas decorrentes do consumo de drogas variam ao longo de um *continuum* de gravidade. Por exemplo, dentro de um *continuum*, é possível encontrar diferentes padrões de consumo, como o usuário de álcool que bebe diariamente uma garrafa de *whisky*, apresenta tremores pela manhã em virtude da falta da droga e comprometimento do fígado pela cirrose hepática, e também aquele usuário que bebe ocasionalmente, mas que já se acidentou ao dirigir embriagado, envolveu-se em brigas quando estava alcoolizado e fez sexo sem proteção depois de beber. Portanto, a relação do indivíduo com as drogas deve ser analisada de forma mais ampla. A caracterização do consumo não pode ficar circunscrita à frequência e à quantidade do uso da substância. Para uma análise compreensiva, devem ser avaliados os riscos e as consequências negativas atrelados ao consumo da droga não apenas para o indivíduo, mas também para os que o cercam. Atualmente, o termo mais neutro TUS é utilizado para descrever a ampla gama do transtorno, desde uma forma leve até um estado grave de recaídas crônicas de consumo compulsivo de drogas. Essa perspectiva mais recente refuta a noção dicotômica dependente e não dependente. Assim, considera-se a existência de diferentes graus de gravidade e padrões individuais de consumo que variam de intensidade ao longo de um *continuum*.

Critérios diagnósticos

Transtornos por uso de substâncias (TUS)

Conforme a American Psychiatric Association, em seu *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5), os transtornos relacionados a substâncias abrangem 10 classes de drogas: álcool; cafeína; *Cannabis*; alucinógenos (com categorias distintas para fenciclidina [ou arilciclo-hexilaminas de ação similar] e outros alucinógenos); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (substâncias tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas).

O diagnóstico de TUS baseia-se em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao seu uso. O TUS consiste em um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância. O TUS é composto por agrupamentos gerais, que incluem: baixo controle (Critérios 1-4), prejuízo social (Critérios 5-7), uso arriscado (Critérios 8-9) e critérios farmacológicos (10-11). O transtorno ocorre em um *continuum* de gravidade, desde leve até grave, que se baseia na quantidade de critérios de sintomas apresentados. Em uma estimativa geral de gravidade, pode ser leve (presença de 2 ou 3 critérios), moderado (presença de 4 ou 5 critérios) ou grave (presença de 6 ou mais critérios), conforme apresentados no Quadro 29.1. (DSM; APA, 2014).

A diferença fundamental da nova edição do *Manual* (APA, 2014) para as versões anteriores é o foco no prejuízo causado pelo uso da substância, independentemente da presença ou da ausência de dependência física associada. O transtorno por uso de substâncias com dependência física associada é diagnosticado quando o prejuízo é acompanhado por evidências de tolerância e/ou abstinência (Critérios 10 e 11 do Quadro 29.1). Por sua vez, o transtorno por uso de substâncias sem dependência física associada é diagnosticado quando há prejuízo no consumo (presença de dois ou mais dos Critérios 1 a 9), mas sem evidências de tolerância e abstinência.

PSICODIAGNÓSTICO NOS TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Na prática, o psicodiagnóstico é indicado quando as queixas se sobrepõem ao uso da substância. Ou seja, o quadro do paciente ganha maior complexidade em virtude das consequências negativas associadas ao uso e do prejuízo no ajustamento psicossocial. Assim, alterações cognitivas e comportamentais passam a ser observadas, como dificuldades interpessoais, prejuízos no rendimento escolar e/ou laboral, estreitamento do repertório comportamental, além de transtornos mentais comórbidos.

A demanda pelo psicodiagnóstico pode ocorrer em função de um encaminhamento por um profissional da saúde (psiquiatra, psicólogo,

QUADRO 29.1
Critérios diagnósticos para presença de transtorno por uso de substâncias psicoativas segundo o DSM-5

1. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.
4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância.
5. Uso recorrente da substância, resultando em fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
8. Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
9. O uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.
10. Tolerância: uma dose acentuadamente maior da substância é necessária para obter o efeito desejado ou quando um efeito acentuadamente reduzido é obtido após o consumo da dose habitual.
11. Abstinência: síndrome que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem em um indivíduo que manteve uso intenso prolongado. Após desenvolver sintomas de abstinência, o indivíduo tende a consumir a substância para aliviá-los.

Fonte: American Psychiatric Association (2014).

neurologista, etc.), por profissionais que trabalham em instituições que atendem pacientes psiquiátricos e populações clínicas em geral, bem como em um contexto legal (juízes, advogados), educacional e de serviços de atendimento psicológico. Ainda, podem ocorrer demandas espontâneas, que surgem a partir do aconselhamento de um amigo e/ou familiar. Independentemente da fonte de encaminhamento, é de suma importância que o psicólogo se assegure das razões da solicitação do psicodiagnóstico. Dessa maneira, poderá elaborar um plano de avaliação pertinente e os resultados desse processo minucioso de avaliação psicológica poderão atender as questões inicialmente propostas.

Seja no contexto clínico ou institucional, público ou privado, a prática clínica mostra que é comum as pessoas não falarem espontaneamente sobre os problemas relacionados ao uso de SPAs. Muitas pessoas sentem-se constrangidas sobre a forma que costumam beber ou consumir outras substâncias. Além disso, nem todos percebem ou mesmo exercem um senso crítico adequado quanto aos efeitos deletérios do consumo de drogas para sua saúde. Também pode ocorrer de o psicodiagnóstico ter sido solicitado de forma compulsória. Sabe-se que, sob certas condições, incluindo a obrigatoriedade do exame, o examinando pode não cooperar com o psicólogo, omitindo informações relevantes ou distorcendo a realidade. Por exemplo, ao ser questionado sobre seu padrão de consumo de álcool, o examinando pode responder que só "bebe socialmente", descaracterizando o caráter nocivo do uso. Em ambos os casos, o psicólogo deve sempre adotar uma postura investigativa, não julgadora. O profissional deve buscar dados que possam contribuir para suas hipóteses diagnósticas, em vez de esperar que esses sejam trazidos de forma deliberada pelo examinando.

Entrevista de anamnese

O primeiro passo do psicodiagnóstico envolve uma entrevista de anamnese bem conduzida. Essa entrevista é realizada com o objetivo de levantar dados sobre a história de vida do paciente, sobre a evolução do consumo de SPAs e sobre como esse uso relaciona-se aos problemas pregressos e atuais na vida do indivíduo. Deve-se identificar fatores de risco que tornam a pessoa mais suscetível a ter comportamentos que desencadeiam o uso de SPAs (ver Quadro 29.2), identificar fatores de proteção que contrabalancem as vulnerabilidades para os comportamentos que levam ao uso de SPAs, e, então, estabelecer hipóteses para orientar a investigação.

O padrão de consumo de substâncias é influenciado por fatores de proteção e de risco de natureza biológica, psicológica e social. Logo, um fator de risco pode impactar negativamente diferentes âmbitos da vida do indivíduo quan-

QUADRO 29.2
Fatores de risco para transtornos por uso de substâncias

BIOLÓGICOS
- Predisposição genética.
- Capacidade do cérebro de tolerar a presença constante da substância.
- Capacidade do organismo de metabolizar a substância.
- Natureza farmacológica da substância, como potencial de toxicidade e dependência, ambas influenciadas pela via de administração escolhida.

PSICOLÓGICOS
- Distúrbios do desenvolvimento.
- Morbidades psiquiátricas: ansiedade, transtornos do humor, déficit de atenção/hiperatividade, transtornos da personalidade.
- Problemas e alterações do comportamento.
- Baixa resiliência e repertório de habilidades sociais limitado.
- Expectativa positiva quanto aos efeitos das substâncias de abuso.

SOCIAIS
- Estrutura familiar disfuncional: violência doméstica, abandono, abuso, carências básicas.
- Exclusão e violência social.
- Baixa escolaridade.
- Oportunidades e opções de lazer precárias.
- Pressão de grupo para o consumo.
- Ambiente permissivo ou estimulador do consumo.

do combinado com outros fatores desfavoráveis ou causar pouco ou nenhum prejuízo ao ser neutralizado por fatores de proteção. Isoladamente, um fator de risco não determina a dependência. A evolução do consumo de SPAs é ocasionada pela interação complexa entre fatores de risco e de proteção (Brook, Brook, Richter, & Whiteman, 2002). É valido ressaltar que alguns fatores de risco em certas fases desenvolvimentais, como a pressão pelos pares na adolescência, podem determinar uma maior vulnerabilidade ao uso de SPAs do que outros. Indivíduos entre 18 e 24 anos apresentam taxas altas de prevalência para o uso de praticamente todas as SPAs. A intoxicação ("porre") costuma ser o primeiro transtorno relacionado a substâncias e começa, geralmente, na adolescência (DSM; APA, 2014).

Recomenda-se que a avaliação do TUS seja realizada de forma compreensiva e empática, buscando minimizar sentimentos de vergonha, culpa e desvalia por parte do paciente. O psicólogo nunca deve começar a entrevista de anamnese por esse tema. Primeiramente, deve-se explorar outras variáveis relacionadas à vida do indivíduo, no sentido de conhecê-lo melhor. Nesse momento, pode-se perguntar sobre família, trabalho, história clínica e psiquiátrica, estilo de vida, incluindo hábitos de lazer e de alimentação. As perguntas relativas ao consumo de SPAs devem ser abrangentes e não restritivas, do tipo "sim ou não". Por exemplo, o psicólogo não deve perguntar "Você bebe diariamente?", pois o paciente poderá encerrar a questão com uma negativa. No entanto, se o consumo for investigado de forma mais ampla, com uma pergunta como "Quantas garrafas de cerveja você costuma beber?", é possível que o paciente responda de forma mais genuína, por exemplo, "Em torno de duas por dia".

Leia atentamente a Vinheta Clínica 29.1 e reflita sobre as suas impressões clínicas iniciais.

Apesar de prevalentes na população geral, os TUSs nem sempre são identificados pelos profissionais da saúde. Nesse sentido, um psicodiagnóstico bem conduzido ganha importância, pois pode trazer à tona um problema anteriormente subdiagnosticado. Os transtornos por uso de SPAs costumam ser comórbidos a outros problemas de saúde. Na maioria dos casos, os usuários de drogas são tratados em serviços de saúde mental, mais do que em centros de tratamento especializados. Muitos profissionais têm dificuldades para reconhecer transtornos bastante frequentes como aqueles relacionados ao álcool.

Cristina apresenta problemas típicos de uma pessoa que busca psicoterapia. Essas queixas também são comuns em quem tem TUS ou corre o risco de vir a apresentar o transtorno. Ao se deparar com um caso semelhante ao de Cristina, a impressão inicial mais recorrente é de que se trata de um quadro de depressão, de ansiedade e, em uma proporção menor, de um caso com TUS. Isso acontece porque as consequências desses transtornos são bastante semelhantes a sintomas mentais comuns. O uso problemático de benzodiazepínicos e álcool, por exemplo, desencadeia sintomatologia semelhante à da depressão. Relatos de ansiedade, falta de ânimo ou baixa autoestima podem levar o psicólogo a pensar em um transtorno mental típico quando, na realidade, tais sintomas podem sinalizar os efeitos adversos de um comportamento aditivo.

Além da falta de treinamento adequado quanto aos efeitos negativos do uso de substân-

VINHETA CLÍNICA / 29.1

Cristina tem 52 anos de idade, é professora universitária e, nos últimos meses, tem tido insônia, irritabilidade, dores de estômago recorrentes e diminuição do apetite. Após a visita a um médico, que solicitou exames, constatou-se que ela estava com úlceras. O médico não identificou etiologia de ordem física para suas outras preocupações. Apesar disso, seu marido preocupava-se muito com sua irritabilidade e com episódios de distração. Recentemente, a paciente esqueceu a chave dentro de casa, tendo de chamar um chaveiro para poder entrar na residência, pois o marido estava viajando a trabalho. Em outro episódio, esqueceu documentos importantes no táxi que a conduzia para uma reunião e, em outra ocasião, bateu seu carro ao estacionar no supermercado. Na última semana, Cristina havia caído da escada e torcido o pé. Tudo isso culminou em uma conversa em que o marido referiu que a percebia muito irritada e dispersiva. Por insistência do marido e por se sentir triste e incapaz de gerir seu estresse, Cristina iniciou a psicoterapia. Contudo, após alguns meses, sua psicóloga não observou melhora nas queixas iniciais. Por isso, solicitou um psicodiagnóstico, a fim de investigar os prejuízos atencionais e a irritabilidade da paciente. Cristina não tinha história psiquiátrica.

cias e quanto aos critérios diagnósticos, o subdiagnóstico dos problemas relacionados ao uso de SPAs pode estar relacionado a pré-concepções mantidas pelo profissional. Por exemplo, no caso de Cristina, o fato de ser mulher poderia prejudicar o diagnóstico de problemas com álcool, por ser uma condição clínica culturalmente mais aceita e prevalente em homens. A dificuldade de identificar um quadro de dependência de álcool também poderia surgir em decorrência de seu aparente nível de funcionalidade, pois trabalhava e era casada. Além disso, o quadro clínico pode ser subestimado se o profissional assumir que o paciente verbalizará seu problema de forma espontânea, o que raramente ocorre. Existem sintomas e sinais físicos frequentes, considerados como "*red flags*" (sinalizadores) do uso problemático de SPAs. Por isso, o psicólogo deve estar atento a esses sinalizadores no decorrer da coleta de dados (ver Quadro.29.3).

Seleção de estratégias

A identificação apropriada de quais são as melhores ferramentas para cada contexto particular e propósito tornará o processo psicodiagnóstico mais preciso e eficiente. A definição dos recursos a serem utilizados dependerá, fundamentalmente, do objetivo da investigação (rastreamento, diagnóstico, avaliação de déficits cognitivos e comportamentais, personalidade, etc.). Por exemplo, instrumentos estruturados auxiliam no planejamento do tratamento, pois permitem uma comparação padronizada das características do paciente com outros grupos (idade, escolaridade, etc.). Esses instrumentos garantem maior precisão ao diagnóstico, o que é indispensável para a interpretação confiável dos resultados. É necessário definir se o objetivo do psicodiagnóstico é obter um conhecimento mais "global" do funcionamento psicológico ou da personalidade do indivíduo ou se é avaliar alguma área específica.

Por exemplo, medidas projetivas podem fornecer informações relevantes e são bastante utilizadas no âmbito da psicologia clínica (Franco & Villemor-Amaral, 2012). Em um estudo sobre a validade de critério do teste das Pirâmides Coloridas de Pfister para a predição do alcoolismo, verificou-se que o aumento do vermelho e a constância absoluta da cor violeta associada eventualmente à execução de tapetes, poderiam ser indicativos de transtorno por uso de álcool (Villemor-Amaral, Primi, & Silva, 2003). Apesar do amplo uso de testes projetivos em diferentes contextos, ainda há poucas evidências empíricas no que concerne ao abuso e à dependência de SPAs, evidenciando a necessidade de mais estudos na área.

Para selecionar as estratégias de avaliação, o psicólogo também deve refletir sobre quem é o indivíduo a ser avaliado. No caso dos TUSs, é importante pensar: trata-se de um paciente em tratamento, em regime ambulatorial ou em internação? Ele apresenta ou não um diagnóstico de TUS? Tem condições de interpretar um instru-

QUADRO 29.3
Sintomas e sinais físicos sinalizadores

Sintomas sinalizadores
- Distúrbios do sono
- Depressão
- Ansiedade
- Instabilidade do humor
- Irritabilidade excessiva
- Alterações da memória e da percepção da realidade
- História de traumas e acidentes recorrentes
- Disfunções sexuais
- Faltas frequentes (escola, trabalho, compromissos sociais)

Sinais físicos sinalizadores
- Tremor leve (pode sugerir o uso de diferentes SPAs)
- Alterações da pressão arterial (pode sugerir síndrome de abstinência de álcool, nicotina e cocaína)
- Problemas gástricos e/ou intestinais
- Aumento do fígado
- Irritação da mucosa nasal (pode sugerir uso de cocaína inalada ou uso de SPA fumada)
- Irritação das conjuntivas (pode sugerir uso de maconha, álcool, nicotina e *crack*)
- Uso frequente de colírios e *sprays* para desobstrução nasal
- Odor/hálito de álcool
- Odor/hálito de maconha ou nicotina
- "Síndrome da higiene bucal" (como uso de gomas de mascar ou de enxaguantes bucais para disfarçar o hálito)

mento de autorrelato? Está abstinente? Faz uso de fármacos? Além disso, deve-se refletir sobre os recursos disponíveis: se o paciente estiver internado, há alguma sala livre de interferências e com mobiliário e iluminação adequados para a avaliação? Existe limite de horário ou o psicólogo poderá dispor de um turno inteiro para a condução do psicodiagnóstico? Há urgência na emissão do laudo? Quanto tempo será necessário para administrar, levantar e interpretar os dados? Caso disponha de pouco tempo, por exemplo, o profissional pode optar por formas de correção/interpretação computadorizadas para agilizar o processo psicodiagnóstico.

O psicodiagnóstico também poderá incluir escalas, inventários e questionários que auxiliem na caracterização do consumo de SPAs. De forma geral, esses recursos são simples, econômicos e rápidos. Os procedimentos diretos de avaliação (entrevistas, questionários, etc.) são mais suscetíveis a um viés de desejabilidade social, à manipulação de impressão e a diversas outras desvantagens atreladas aos instrumentos de autorrelato (vieses de memória, redução do uso, etc.). Por isso, os dados colhidos podem ainda ser correlacionados com informações advindas de fontes complementares, como o exame de material biológico (urina, saliva, sangue) e a análise de respostas psicofisiológicas (taxa de batimentos cardíacos, resposta galvânica da pele, tensão muscular, pressão arterial, etc.) e de funcionamento cerebral (exames de imagem). Por exemplo, um exame de rastreio toxicológico pode ser recomendado na existência de sintomas psiquiátricos agudos, alterações cognitivas, mudança comportamental abrupta e acidentes repetitivos e sem causa aparente.

No sentido de triangular os dados e complementar a avaliação, podem ser solicitadas entrevistas com familiares e/ou com outras pessoas significativas para o paciente (pais, cônjuges, etc.). Além disso, esse recurso pode ser rico para fornecer dados sobre constituição familiar, relações na família nuclear e extensa, rede social, organização de papéis, vínculos, níveis de suporte familiar, entre outros. Esses são fatores importantes no início e na manutenção do uso de substâncias psicoativas. Deve-observar a existência de casos de uso de SPAs na família, bem como antecedentes familiares de criminalidade relacionada ao uso/abuso de drogas e abusos sexuais (Scivoletto, 2001). O psicólogo também pode planejar visitas domiciliares ou institucionais (como à escola) para coleta de dados úteis ao processo psicodiagnóstico.

QUADRO 29.4
Estratégias de avaliação psicológica e recursos adicionais

- Anamnese
- Testes psicológicos (psicométricos e projetivos)
- Linha do tempo
- Genograma
- Instrumentos psicológicos (projetivos, personalidade, inteligência, neuropsicológicos, etc.)
- Escalas, inventários, etc.
- Observação direta
- Exames complementares
- Entrevista com familiares
- Entrevistas abertas ou semiestruturadas
- Visitas domiciliares ou institucionais

Seleção dos instrumentos

A confiabilidade e a validade garantem valor à medida empregada. Muitos instrumentos podem ser confiáveis e válidos. Contudo, o psicólogo deve estar atento para o fato de que esses aspectos podem não ser generalizáveis para outros contextos (p. ex., populações, faixa etárias, etc.). Deve-se considerar que, inerente ao julgamento da validade de um teste, está a avaliação do quanto ele é útil para um propósito, uma população e um contexto específicos. Um teste pode ser considerado "válido", mas nenhum teste ou técnica de avaliação é "universalmente válido" para todas as situações, com qualquer tipo de população. Além disso, deve-se optar por instrumentos que tenham pesquisas relacionadas aos parâmetros técnico-científicos (precisão, validade e normas).

Nesse sentido, a escolha da estratégia de avaliação deve estar alinhada com o tipo de problema que se pretende investigar, além da qualidade psicométrica da medida. Por exemplo, o psicólogo pode estar interessado em realizar um rastreio (*screening*) do uso de SPAs em um adolescente com diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Esse objetivo poderia ser alcançado por meio do uso de instrumentos de triagem, como uma estratégia inicial breve para a avaliação do possível uso de drogas. Posteriormente, caso fique claro que o adolescente apresenta um conjunto de sinais e sintomas compatíveis com TUS, seria possível progredir para uma etapa de investigação com maior nível de complexidade, incluindo uma avaliação mais ampla e detalhada da gravidade do problema. Os principais instrumentos para triagem são destinados à identificação de indivíduos que possivelmente apresentam problemas relacionados ao consumo de SPAs. Para escolher um instrumento com a finalidade de rastreio, deve-se buscar aqueles com maior sensibilidade, enquanto, na escolha de instrumentos de diagnóstico, uma maior especificidade é fundamental. A seleção dos instrumentos deve ser realizada considerando diversos aspectos: seu objetivo e utilidade clínica, período de tempo, população-alvo, normas, tipo de administração, necessidade de treinamento, disponibilidade de escores computadorizados e custo (Castel & Formigoni, 1999).

a. Objetivo – a finalidade do instrumento (*screening*, diagnóstico, etc.) deve ser observada, pois, geralmente, não podem ser utilizados em outras situações.
b. Período de tempo – algumas medidas avaliam o uso de SPAs considerando um período atual (p. ex., o último mês, as últimas duas semanas) e outras orientam-se para períodos de tempo anteriores (p. ex., o último ano) ou "uso na vida".
c. População-alvo – deve-se considerar que, embora a maior parte das medidas tenha sido desenvolvida para adultos, há outras mais específicas, ou adaptadas, a grupos de adolescentes, mulheres, etc.
d. Padronização (normas) – esse aspecto é relevante quando há intenção de comparar um indivíduo com a população da qual ele é oriundo.
e. Tipo de administração – alguns instrumentos são autoaplicados, e outros podem exigir uma entrevista. O psicólogo deve considerar, na seleção da estratégia, a situação, o objetivo e os recursos disponíveis (tempo, recursos humanos, etc.).
f. Treinamento – dependendo do nível de complexidade do instrumento, pode haver necessidade de treinamento específico. É importante que o psicólogo se familiarize com o instrumento, por meio de um treinamento básico. Dessa forma, pode-se conferir maior qualidade à aplicação e ter uma compreensão mais adequada das questões.
g. Levantamento eletrônico – algumas medidas permitem a aplicação, levantamento ou o *input* dos dados por meio eletrônico (*web*, computador), agilizando o processo de levantamento e correção.
h. Custo – existem instrumentos que têm *copyright*, por isso, deve-se pagar taxas por sua utilização. Contudo, grande parte é de domínio público, exigindo apenas a referência aos autores.

Os instrumentos podem ser classificados conforme o objetivo da avaliação. Instrumentos para *triagem* servem para identificar indivíduos que possivelmente tenham problemas com o uso/abuso de SPAs. Deve-se buscar aqueles com maior sensibilidade. Em geral, são de aplicação rápida e fácil, não exigindo treinamento (Castel & Formigoni, 1999). A identificação precoce do uso problemático de SPAs é importante, pois permite ao profissional a oportunidade de atuar de forma preventiva, no sentido de reduzir os problemas decorrentes do uso de SPAs. No caso de indivíduos em tratamento, o uso de SPAs pode agravar

os problemas psicossociais e, portanto, piorar o prognóstico.

Um exemplo de instrumento de triagem para problemas com o álcool é o Alcohol Use Identification Test (AUDIT), questionário proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e já validado no Brasil (Babor, Higgings-Biddle, Sauders, & Monteiro, 2003; Lima et al., 2005; Mendez, 1999). O CAGE, desenvolvido na década de 1970, também é um questionário para rastrear indivíduos com uso problemático de álcool. Ele contém somente quatro questões, com respostas categóricas (sim/não). Foi validado no Brasil na década de 1980 (Masur & Monteiro, 1983). A sigla resulta das palavras-chave contidas em cada uma das questões: 1) Alguma vez o sr(a). sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? (C – *Cut-down*); 2) As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (A – *Annoyed*); 3) O sr(a). se sente culpado(a) pela maneira com que costuma beber? (G – *Guilt*); 4) O sr(a). costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? (E – *Eye- opener*). As questões devem ser respondidas com "sim" ou "não"; respostas como "de vez em quando" são consideradas sim. Segundo o estudo de validação no Brasil, o ponto de corte recomendado é de ≥2 (Masur & Monteiro, 1983). O Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), por sua vez, é um instrumento de triagem para detecção do uso de álcool, tabaco e outras SPAs, desenvolvido pela OMS e validado no Brasil. As propriedades psicométricas da versão brasileira do ASSIST mostraram-se satisfatórias (Henrique, De Micheli, R. B Lacerda, L. A. Lacerda, & Formigoni, 2004).

Os *instrumentos para diagnóstico* são úteis para realizar um diagnóstico formal ou quantificar os sintomas de acordo com os sistemas de classificação diagnóstica existentes. A maioria dos instrumentos é destinada a adultos, com tempo de administração variável (entre poucos minutos até horas). Há instrumentos baseados em sistemas diagnósticos dimensionais, em que o TUS é tido como parte de um *continuum*, sendo, portanto, passível de quantificação. Outros instrumentos são categoriais, e, neles, o transtorno é definido pela presença de um grupo de sintomas (Castel & Formigoni, 1999). O sistema diagnóstico mais utilizado nos Estados Unidos é o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM; APA, 2014), que se encontra atualmente na quinta edição.

Os *instrumentos para avaliação do consumo de SPAs* são úteis para caracterizar e/ou medir a quantidade, a frequência, a intensidade e o padrão do consumo. Esses instrumentos podem diferir em relação ao período de tempo investigado. Ao optar por esse tipo de medida, é importante saber que período temporal interessa no contexto do processo psicodiagnóstico e quanto tempo o psicólogo terá para realizar a avaliação.

Os *instrumentos para avaliação dos comportamentos associados ao consumo de SPAs* são destinados à avaliação das situações de uso ou de risco. Também existem *instrumentos para planejamento do tratamento*, empregados no desenvolvimento de um plano de tratamento, levando em consideração não só os aspectos diretamente relacionados ao uso de SPAs, mas também outros problemas (Castel & Formigoni, 1999). Por exemplo, a avaliação de outros comportamentos pode ser necessária para estabelecer objetivos de curto, médio e longo prazos ou, ainda, para determinar o prognóstico. Nesse grupo, constam instrumentos de medida para avaliar a prontidão para mudança (p. ex., Socrates, Leader), expectativas dos efeitos das drogas (p. ex., Inventário de expectativas e crenças pessoais cerca dos efeitos do álcool – IECPA), estilos parentais, *coping*, história de trauma, repertório de habilidades sociais, etc.

Padrão de consumo

No que tange à caracterização do perfil de consumo da SPA, deve-se avaliar aspectos como frequência, quantidade, intensidade e duração do uso, assim como as consequências negativas que a droga acarreta à vida do usuário (p. ex., dirigir embriagado, envolver-se em brigas, fazer sexo sem proteção, etc.). Naturalmente, a mera descrição do perfil de uso não fornece as informações necessárias para o psicodiagnóstico, mas ajuda a compor o "cenário" em que as dificuldades relacionadas ao uso de SPAs se estabelece. A caracterização do perfil de consumo pode ser realizada por meio da consolidação de diversas informações relativas ao uso de drogas, conforme apresentado no Quadro 29.5.

Como já referido, a nova edição do DSM (APA, 2014) foca no comprometimento causado pelo uso de SPAs, independentemente da presença ou ausência de dependência física associada. Pode ocorrer transtorno por uso de substâncias sem dependência física quando se observa prejuízo decorrente do consumo, mesmo sem evidências de tolerância e abstinência. Por exemplo, o caso do

QUADRO 29.5
Caracterização do perfil de consumo de substâncias psicoativas

- Idade de início do consumo
- Frequência do consumo
- Número de doses consumidas por ocasião e tempo de consumo para cada dose
- Efeitos do uso e duração
- Data do último consumo
- Sintomas de abstinência
- Apetite, padrão de sono e outros sintomas
- Necessidade do uso pela manhã para alívio dos sintomas
- Tolerância
- Fissura ou compulsão
- Sentimentos negativos pelo consumo (frustração, culpa, vergonha)
- Dificuldade de parar o consumo depois da primeira dose ou após recusar o uso
- Gatilhos externos/ambientais (locais, companhias, etc.) e internos/emocionais (sentimentos positivos, negativos, etc.) que desencadeiam o uso
- Horários de consumo
- Consequências: médicas, psicológicas, sociais, familiares, legais, etc.
- Comportamentos de risco: violentos, sexuais, etc.
- Motivação para parar e/ou reduzir o consumo
- Juízo crítico quanto ao consumo
- Pensamento suicida

usuário de drogas que deixa de cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa e que persiste utilizando a substância apesar das consequências negativas (p. ex., repetidas brigas familiares, etc.).

A avaliação não pode prescindir da análise do perfil de consumo típico de certas populações. Por exemplo, o padrão de consumo de álcool *binge drinking* é bastante prevalente entre os jovens, em especial entre universitários. O termo pode ser traduzido como "beber episódico pesado" ou "beber se embriagando" (porre), e é utilizado para definir o uso excessivo episódico do álcool (Peuker, Fogaça, & Bizarro, 2006). A quantidade que define esse padrão, segundo o National Institute on Alcohol and Alcoholism ([NIAAA], 2005) dos Estados Unidos, é de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião para homens ou quatro ou mais doses para mulheres, independentemente da frequência de consumo. Essa definição contempla as complicações que potencialmente decorrem da prática, incluindo desde aquelas não intencionais derivadas de acidentes de toda natureza causadas a terceiros até consequências biológicas, como a intoxicação aguda pelo álcool associada a episódios de perda de memória (*blackouts*).

Medidas de quantidade e frequência, de forma isolada, não são suficientes para determinar a gravidade do consumo de álcool de risco entre os jovens. No entanto, elas podem servir para avaliar o beber problemático, mais precisamente quando aliadas à avaliação das consequências negativas associadas ao uso de álcool. O risco de desenvolver dependência e de experimentar consequências negativas aumenta com a ocorrência repetida de episódios de *binge*. Por isso, a frequência desses episódios também é um componente importante da definição do "beber problemático" (Peuker, Fogaça, & Bizarro, 2006).

Considerando todas as peculiaridades e os múltiplos fatores associados ao consumo de SPAs, pode-se dizer que a avaliação nesse contexto é bastante complexa. Além de investigar o padrão de uso da droga, torna-se primordial a investigação global de várias áreas da vida do indivíduo que poderão estar afetadas, bem como as consequências negativas decorrentes desse uso. Problemas clínicos, psicossociais e psicológicos muitas vezes são exacerbados pelo abuso de SPAs. Por isso, existem *instrumentos para avaliação do comprometimento de outras áreas da vida* destinados a avaliar, por exemplo, estado empregatício e financeiro, moradia, problemas legais, bem-estar psicológico, capacidade cognitiva, relacionamento familiar e social, história familiar de dependência de SPAs, etc.

Em consonância com isso, a Escala de Gravidade de Dependência (Addiction Severity Index – ASI) foi desenvolvida por McLellan e colaboradores para a abordagem multidimensional das questões relacionadas ao abuso de SPAs. Nela, são avaliadas a gravidade e a necessidade de tratamento para os problemas identificados em diversas áreas da vida do indivíduo. A ASI consiste em uma entrevista semiestruturada que proporciona uma avaliação global da situação atual (últimos 30 dias) e passada (6 meses) do paciente, ponderando a gravidade dos problemas em sete áreas: médica, ocupacional, aspectos legais, aspectos sociofamiliares, aspectos psiquiátricos, uso de álcool e uso de outras drogas. Dessa forma, o ASI permite que se tenha uma compreensão de quais áreas da vida do usuário de SPAs estão preservadas e quais estão prejudicadas. Os escores forne-

cem um perfil geral da gravidade dos problemas *em cada área específica. A gravidade dos problemas* relacionados ao uso de SPAs é baseada no período de 30 dias anterior à avaliação, o que proporciona uma estimativa do estado atual do paciente, de acordo com sua própria percepção.

Um aspecto interessante desse instrumento é que, além dos escores de gravidade pesquisados pelo entrevistador em cada uma das áreas mencionadas, a escala inclui perguntas sobre o grau de preocupação do paciente em relação à sua dificuldade e à necessidade de tratamento para aquela área. Para fins de padronização da informação, o paciente informa seu grau de preocupação baseando-se em uma escala de 5 pontos (0-4), em que é questionado o seu grau de preocupação e até que ponto ele sente que o tratamento é importante: 0 – nada, 1 – levemente, 2 – moderadamente, 3 – consideravelmente e 4 – extremamente.

A sexta versão do ASI foi adaptada e validada para o contexto brasileiro por Kessler e colaboradores (2007a) e, recentemente, teve suas propriedades psicométricas avaliadas por Kessler e colaboradores (2012) por meio de um estudo multicêntrico realizado em quatro capitais brasileiras. A amostra foi composta por 740 indivíduos que buscaram atendimento por problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas. Todos deveriam ter usado a substância nos 30 dias que antecederam a entrevista. Uma amostra aleatória de 51 pacientes respondeu ao instrumento após um intervalo de sete dias, utilizando-se um entrevistador diferente do primeiro dia, a fim de garantir a confiabilidade do teste-reteste (Kessler et al., 2012).

Confiabilidade dos dados

O psicólogo deve estar atento para o fato de que a confiabilidade do autorrelato pode ser maximizada quando o examinando não está sob efeito de SPAs e quando há garantia, por parte do psicólogo, de sigilo e confidencialidade das informações fornecidas pelo examinando. Além disso, os dados coletados podem ser mais confiáveis quando o psicólogo realiza os questionamentos de forma clara e objetiva (Castel & Formigoni, 1999). Deve-se propiciar um clima não constrangedor e de cordialidade discreta, embora técnico. Além das dificuldades relativas ao viés de desejabilidade social, comuns em usuários de SPAs, observa-se que essa população é bastante suscetível a déficits cognitivos. Por isso, medidas que exijam uma percepção de tempo acurada podem sofrer distorções. Vieses ou falhas de memória poderão ser minimizados com estratégias simples. Por exemplo, o uso de cartões com a escala de respostas impressas pode ser útil para que o examinando recorde as alternativas possíveis, o uso de marcos referenciais de tempo, como o último aniversário ou alguma data importante que o avaliando recorde, também pode contribuir para a acurácia das medidas.

ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E NEUROBIOLÓGICOS DO TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

A fissura, ou *craving*, pode ser definida como o desejo subjetivo intenso de consumir a droga. Trata-se de um sintoma central no TUS (Da Silveira, Doering-Silveira, Niel, & Jorge, 2006). Muitos dependentes relatam que a dificuldade em abster-se está associada com a dificuldade em resistir à tentação de utilizar a substância, mesmo sabendo dos prejuízos relacionados a esse comportamento. A fissura se manifesta pelo forte desejo ou necessidade de usar a SPA, podendo ocorrer a qualquer momento, mas com maior probabilidade quando em um local em que a droga foi obtida ou usada previamente. A fissura envolve condicionamento clássico e está relacionada à ativação de estruturas de recompensa no cérebro. Pode-se avaliá-la ao perguntar: "Alguma vez você teve uma forte necessidade de consumir a droga a ponto de não conseguir pensar em mais nada?". A fissura atual pode ser usada como medida de resultado do tratamento porque pode sinalizar recaída iminente. Em geral, ela é medida por meio de escala (0-10) em que o indivíduo responde o quão forte é sua vontade de usar a droga no momento,

Esses fatores e sua inter-relação acabam prejudicando a motivação dos indivíduos para interromper o consumo de drogas e na posterior manutenção da abstinência (McKay, 1999). A impulsividade também é uma característica importante em usuários de substâncias (Acton, 2003; von Diemen, Szobot, Kessler, & Pechansky, 2007). Um aspecto marcante do TUS é o uso compulsivo, apesar das consequências adversas, e as altas taxas de recaída após um período de abstinência. A impulsividade parece estar associada com ambos. A teoria mais aceita é que alguns indivíduos são mais impulsivos e têm predisposição maior para problemas com SPAs, mas que as próprias drogas podem potencializar a impulsividade (Kreek, Nielsen, Butelman, & LaForge, 2005).

Uma forma de avaliar a impulsividade é por meio da Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS 11). Trata-se de uma medida constituída por 30 itens com respostas de 1 a 4 do tipo Likert, que variam de raramente/nunca a sempre/quase sempre. A escala foi desenvolvida para indivíduos com 13 anos ou mais e produz um escore total de impulsividade que varia de 30 a 120, além de outros três subescores: motor, falta de planejamento e atenção (Patton, Stanford, & Barratt, 1995). A escala foi validada para o português (Von Diemen et al., 2007). Algumas drogas parecem estar mais associadas à impulsividade do que outras, e essa associação é mais consistente com a cocaína (Moeller & Dougherty, 2002; Patkar et al., 2004). Um estudo que avaliou a impulsividade de usuários de cocaína por meio da BIS 11 constatou escores significativamente mais elevados no grupo de usuários em comparação ao grupo-controle (Moeller et al., 2005).

Uma característica importante dos TUSs é uma alteração em circuitos cerebrais que pode persistir após a desintoxicação, especialmente em pessoas com transtornos graves. Os efeitos comportamentais dessas modificações cerebrais podem ser observados nas recaídas repetidas e na fissura intensa por SPAs quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados a elas (DSM; APA, 2014).

O consumo exacerbado de SPAs promove alterações importantes em substratos neurais relacionados à emoção e à motivação (Robinson & Berridge, 1993). A sensibilização desses sistemas e dos seus correlatos neurais pode automatizar ações que levam à procura e ao uso compulsivo da droga. Isso está de acordo com o modelo proposto por Tiffany (1990), que considera que os esquemas de ação associados ao uso de uma SPA tornam-se progressivamente automáticos, pois, com a reincidência do uso da droga, os estímulos relacionados a ela (imagens, sons, odores) passam a integrar uma rede associativa na memória. Quando o usuário é exposto a estímulos ambientais, esquemas de ação são ativados, desencadeando a necessidade urgente de consumir a substância. Dessa forma, o comportamento de uso pode iniciar e terminar sem intenção, sendo difícil evitá-lo na presença do estímulo "gatilho" (Tiffany, 1990). Essa tendência de ação automatizada pode ser inibida caso o indivíduo tenha recursos cognitivos suficientes e motivação. Contudo, a inibição é menos provável entre indivíduos com TUS, pois estão mais suscetíveis e altamente sensíveis às propriedades motivacionais das pistas associadas à substância (Field & Cox, 2008; Wiers & Stacy, 2006).

Em termos neurobiológicos, o TUS esteve predominantemente associado ao sistema cerebral de recompensa, considerado crucial para os efeitos reforçadores das SPAs. Contudo, atualmente se discute que o aumento dos níveis de dopamina na via mesolímbica, de forma isolada, seria insuficiente para explicar todo o processo que culmina no TUS. Apesar disso, admite-se que as mudanças estruturais e funcionais observadas na adição, incluindo alterações no córtex frontal, são mediadas pela dopamina. Em virtude da diminuição do processamento pré-frontal (*top-down*), ou seja, das funções de controle executivo, há, no processo de dependência de SPAs, um aumento de respostas afetivas guiadas por estímulos sensoriais (*bottom-up*) eliciadas por pistas condicionadas aos efeitos da droga (Goldstein & Volkow, 2002).

Os processos cognitivos básicos estão diretamente envolvidos no TUS e no processo de recaída (Peuker, Lopes, Menezes, Cunha, & Bizarro, 2013). O uso de drogas prejudica consideravelmente o funcionamento mental, provocando alterações cognitivas em funções como memória, controle executivo, atenção e atividade motora. As funções executivas são caracterizadas como processos cognitivos de alta ordem, essenciais para o funcionamento cerebral adequado e para atingir metas em longo prazo (p. ex., abstinência). O funcionamento executivo está intimamente associado ao funcionamento dos lobos frontais e relaciona-se à capacidade de planejar e iniciar ações, antecipar consequências e solucionar problemas (Kristensen, 2006; Matumoto & Rossini, 2012). Essas funções permitem ao indivíduo desempenhar, de forma autônoma, ações orientadas a uma meta específica e englobam processos e comportamentos complexos (Goldstein & Volkow, 2002). De acordo com isso, o desempenho de indivíduos com transtorno pelo uso de diferentes SPAs (álcool, cocaína, metanfetamina e poliusuários) foi comparado ao de controles saudáveis por meio de uma bateria de testes (cognitivos, comportamentais e emocionais) em um estudo conduzido por Verdejo-García, Bechara, Recknor e Pérez-García (2006). Os autores constataram que o grupo de usuários de SPAs teve pior desempenho em testes de memória de trabalho, resposta inibitória e flexibilidade mental em relação ao grupo-controle.

Nesse contexto, pode-se dizer que no TUS há um desequilíbrio em diferentes circuitos neurais.

O resultado é a preponderância do processamento implícito (*bottom-up*) em detrimento de processos explícitos (*top-down*). Assim, o comportamento do indivíduo torna-se mais impulsionado pelo estímulo associado às SPAs (automatizado), favorecendo o uso repetido e a instalação do TUS e/ou a recaída (Peuker et al., 2013). Dessa forma, o prejuízo no controle dos impulsos tipicamente observado em usuários de SPAs estaria relacionado ao comprometimento do funcionamento executivo (Goldstein & Volkow, 2002; Wiers et al., 2007; Wiers & Stacy, 2006; Verdejo-García et al., 2006; Verdejo-García & Bechara, 2009).

A presença desses prejuízos cognitivos pode estar atrelada a uma gama de alterações comportamentais, emocionais e de personalidade. Por isso, esses aspectos devem ser considerados no processo psicodiagnóstico, uma vez que podem impactar um prognóstico mais ou menos favorável. Ademais, é importante que o psicólogo saiba que cada tipo de SPA provoca alterações cognitivas e comportamentais distintas. O padrão de consumo também pode determinar déficits mais leves e, possivelmente, reversíveis, até danos mais severos e irreversíveis. Diante disso, o psicodiagnóstico pode auxiliar na identificação de prejuízos de ordem cognitiva, determinando sua magnitude em termos de gravidade e extensão. Além disso, pode permitir o reconhecimento das áreas preservadas, favorecendo, assim, o desenvolvimento de estratégias para que esses déficits sejam minimizados. Uma medida amplamente utilizada para a avaliação do funcionamento executivo e, portanto, sensível a alterações de funções dos lobos frontais e pré-frontais é o Teste de Classificação de Cartas Wisconsin (Heaton et al., 2005). A Tabela 29.1, baseada no estudo de Cunha (2009), apresenta os principais déficits cognitivos relacionados ao consumo de diferentes SPAs (álcool, maconha, cocaína/*crack*, solventes, LSD e *ecstasy*/MDMA).

É muito importante considerar, ao longo do processo psicodiagnóstico, que o consumo de SPAs pode estar atrelado a outras condições clínicas comórbidas. O uso de drogas lícitas e ilícitas é bastante prevalente em indivíduos com outros transtornos mentais. O termo "comorbidade" significa a ocorrência de mais de uma entidade diagnóstica em uma mesma pessoa. Entre os transtornos mentais mais comuns, encontram-se os transtornos do humor, de ansiedade, da conduta, de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e a esquizofrenia. Os transtornos da alimentação também podem ser comórbidos ao TUS. A identificação de uma comorbidade, que deve ser tratada junto ao TUS, favorece a efetividade do tratamento. O Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) é um instrumento que pode ser utilizado para o diagnóstico de TUS e de outras patologias psiquiátricas. Trata-se de um instrumento diagnóstico por entrevista semiestruturada, de duração aproximada de 15 a 30 minutos, que permite a formulação de diagnósticos compatíveis com os derivados pelo DSM. É utilizado em mais de 30 idiomas e há uma versão brasileira validada (Amorim, 2000).

O consumo de SPAs pode prejudicar o funcionamento cognitivo do indivíduo. Por sua vez, certos déficits cognitivos podem tornar os indivíduos mais suscetíveis, ampliando a chance de desenvolvimento de TUS (Cunha, 2009). Evidencia-se que pessoas com diagnóstico de TDAH, por exemplo, têm maior vulnerabilidade ao abuso e dependência de cocaína ou outras drogas (Szobot et al., 2007). Nesse sentido, a investigação psicodiagnóstica pode ser útil para sugerir se a droga promoveu alterações no desempenho cognitivo do usuário ou se o declínio cognitivo ou alguma condição pré-mórbida já eram observados desde a infância. Para que essa análise seja adequadamente conduzida, o psicólogo deve estimar o nível de funcionamento pré-mórbido, ou seja, antes do uso da droga. Para isso, deve construir uma linha do tempo, formulando adequadamente a história clínica, explorando aspectos do desenvolvimento cognitivo do paciente, considerando fatores de personalidade, dinâmica familiar e outras variáveis socioculturais que podem relacionar-se ao uso (p. ex., a pressão por pares na adolescência).

No que tange à avaliação dos aspectos da personalidade, o modelo dos cinco grandes fatores destaca-se em virtude de sua consistência empírica e possibilidade de replicação. Postula-se que as pessoas têm características amplas que representam predisposições (traços) a comportarem-se de certa forma. Os fatores socialização, realização, extroversão, neuroticismo e abertura agrupam essas características individuais. Os testes NEO Personality Inventory Revised (NEO-PI-R) (Costa & McCrae, 2007) e a Bateria Fatorial de Personalidade (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010) baseiam-se nesse modelo. Tais medidas não se aplicam para realizar diagnóstico psiquiátrico. Apesar disso, podem fornecer indícios do funcionamento do paciente que apontem para a necessidade ou não de investigação mais aprofundada

TABELA 29.1

SPAs	Áreas do funcionamento mental prejudicadas
	Déficits cognitivos
Álcool	Atenção, memória, aprendizagem, flexibilidade mental, funções executivas, organização visuoespacial, problemas psicomotores, impulsividade e tomada de decisão
Maconha	Atenção, memória, funções executivas, velocidade psicomotora e destreza manual, aprendizagem e tomada de decisão
Cocaína/*Crack*	Atenção, concentração, memória visual e verbal, aprendizagem, fluência verbal, integração visuomotora, funções executivas e tomada de decisão
Solventes	Atenção/concentração, memória, lentificação psicomotora, funções visuoespaciais, aquisição de novas informações, funções executivas, planejamento e destreza manual
LSD	Atenção, abstração, flexibilidade mental, memória, aprendizagem, funções executivas e orientação visuoespacial
Ecstasy (MDMA)	Atenção complexa, resolução de problemas, memória verbal e visual, memória operacional e funções executivas

Fonte: Adaptada de Cunha (2009).

de um quadro psicopatológico por meio da entrevista clínica, como o MINI ou a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM (SCID), por exemplo.

Evidencia-se que as características da personalidade podem diferenciar grupos em relação ao consumo e predizer a frequência do uso. De acordo com isso, em um estudo com 169 universitários, com 21 anos em média, constatou-se que participantes com menor frequência de consumo de álcool nos últimos três meses apresentaram maiores médias dos fatores de personalidade socialização e realização. Já aqueles que bebiam com maior frequência pontuaram mais em extroversão. Um modelo preditivo revelou que aumento no fator extroversão contribuiu para maior chance de ingerir álcool e que acréscimos no fator realização diminuíram as chances do consumo (Natividade, Aguirre, Bizarro, & Hutz, 2012). Nesse sentido, o psicólogo deve atentar para traços de personalidade que podem predispor o uso de SPAs, a fim de elaborar hipóteses sobre aspectos pré-mórbidos e de funcionamento atual do indivíduo.

O desempenho em tarefas verbais (p. ex., o subteste Vocabulário da Escala Wechsler de Inteligência para adultos – WAIS) pode oferecer indícios do potencial intelectual pré-mórbido, e tarefas não verbais (p. ex., cubos do WAIS), do funcionamento atual do indivíduo (Kessler et al., 2007b). Nesse sentido, pode-se analisar as diferenças entre o quociente intelectual (QI) verbal e de execução no WAIS. Por exemplo, quando há discrepância (QI verbal > QI execução), pode-se levantar a hipótese da existência de prejuízo orgânico, depressão, ansiedade ou interferência de outras variáveis situacionais, como pressão do tempo (Cunha, 2000). Uma alternativa ao WAIS, que exige maior disponibilidade de tempo, é a aplicação de sua forma abreviada. A Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI) é composta por quatro subtestes: vocabulário, cubos, semelhanças e raciocínio matricial, que avaliam vários aspectos cognitivos, como conhecimento verbal, processamento de informação visual, raciocínio espacial e não verbal, inteligência fluida e cristalizada. Esses quatro subtestes fornecem o QI da escala total; os subtestes de vocabulário e semelhanças, o QI verbal; e os subtestes de cubos e raciocínio matricial, o QI de execução (Yates et al., 2006).

PROCESSOS COGNITIVOS IMPLÍCITOS E TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

O TUS é um transtorno que decorre da interação de fatores farmacológicos, psicológicos e ambientais. Em consequência, são produzidas alterações em áreas cerebrais relacionadas à motivação e às emoções, ocasionando padrões compulsivos de consumo. Além disso, o comportamento de uso de SPAs pode ser mediado e mantido por meio de processos cognitivos implícitos, que ocorrem independentemente do conhecimento sobre os efeitos adversos dessas substâncias. Os processos

automáticos já foram identificados na gênese dos comportamentos aditivos (Tiffany, 1990). Apesar disso, apenas recentemente evidências têm sido produzidas, à medida que são propostos novos paradigmas de avaliação dos processos implícitos (automáticos) envolvidos nas adições. Diversos aspectos do processamento implícito, que independem de um processamento consciente, podem influenciar a decisão e o comportamento de uso da substância. Por isso, esse tipo de cognição costuma ser avaliada por meio de medidas indiretas, como o viés atencional e a reatividade a pistas (Peuker et al., 2013; Wiers & Stacy, 2006).

Pesquisas sobre os processos implícitos relacionados ao uso de SPAs revelam que usuários de drogas apresentam um viés na atenção (VA) para estímulos relacionados à substância utilizada. O VA é um processo cognitivo implícito, involuntário, que pode orientar o comportamento de uso de SPAs em um nível não consciente (Lopes, Peuker, & Bizarro, 2008; Peuker et al., 2013). Inicialmente, o uso é mantido pelo efeito prazeroso que a droga produz, que é mediado pela ação da substância na via dopaminérgica mesolímbica. Com o tempo de uso, ocorrem diversos emparelhamentos entre os estímulos e os efeitos reforçadores da SPA pelo aumento da descarga dopaminérgica no *nucleus accumbens*, resultando na atribuição excessiva de incentivo ao estímulo associado à droga (Field & Cox, 2008; Robinson & Berridge, 1993, 2003). Consequentemente, esses circuitos neurais podem se tornar sensibilizados aos efeitos específicos da droga e aos estímulos associados a ela (Robinson & Berridge, 1993, 2003).

O estímulo relacionado ao uso da droga produz uma variedade de respostas associadas aos seus efeitos, incluindo reações fisiológicas (p. ex., aumento da taxa de batimentos cardíacos), fissura e sintomas de abstinência. O VA parece estar correlacionado a maior frequência e intensidade dessas respostas (reatividade a pistas), pois mantém os indivíduos focalizados no uso da droga. Por essa razão, a tendência para direcionar e manter a atenção nesses estímulos pode desempenhar um papel decisivo no uso de drogas e na recaída. Nesse contexto, o VA pode eliciar fissura, diminuir a concentração em tarefas não relacionadas à droga e potencializar a vulnerabilidade à recaída em dependentes (Peuker, Lopes, & Bizarro, 2009).

A tarefa de atenção visual (*visual probe task*) é um dos paradigmas mais empregados para investigar o VA. Trata-se de uma tarefa experimental de atenção computadorizada. Nela, avalia-se o tempo de reação dos indivíduos para detectar e responder a um alvo (seta) apresentado no mesmo lugar em que um estímulo relacionado à droga apareceu. Assim, avalia-se a direção e as possíveis mudanças na orientação atencional do examinando. Por exemplo, se o participante detecta e responde mais rapidamente a estímulos que substituíram imagens relacionadas à droga do que a estímulos que substituíram imagens-controle (não relacionadas à droga), supõe-se uma atenção seletiva para essa classe particular de estímulos. O VA pode ser caracterizado como o estado hiperatentivo do usuário de SPAs aos estímulos condicionados à substância. Uma vantagem que a tarefa de atenção visual oferece é poder investigar todo o processo cognitivo da atenção por meio da manipulação do tempo de exposição dos estímulos desde o momento mais automático, ou implícito, até o mais explícito, ou influenciado por variáveis motivacionais e pelo esforço cognitivo (Lopes et al., 2008; Peuker et al., 2003, 2009).

A avaliação direta da *reatividade a pistas* associadas à droga é outra abordagem que pode ser empregada nas pesquisas sobre os processos implícitos. Teorias do condicionamento sugerem que a pista ambiental relacionada aos efeitos reforçadores da droga adquire valor motivacional a partir de repetidos pareamentos com os efeitos condicionados da SPA. Assim, o estímulo condicionado, que sinaliza a disponibilidade da droga no ambiente, pode provocar reatividade fisiológica, psicológica e comportamental (p. ex., elevar a taxa de batimentos cardíacos do usuário, provocar fissura, sintomas gastrintestinais, etc.). A exposição repetida ao estímulo "gatilho", associado à droga, também pode contribuir para o comportamento de uso, desencadear a busca compulsiva e promover a recaída em indivíduos abstinentes (Chiamulera, 2005; Cunha & Bizarro, 2011; Peuker et al., 2013).

Essas respostas de reatividade a pistas têm sido utilizadas como indicadores prognósticos, pois, quando potencializadas, podem iniciar uma maior predisposição ao uso e à recaída. Do mesmo modo, podem ser utilizadas como marcadores da gravidade do TUS. A análise da atividade elétrica cerebral por meio dos potenciais relacionados a evento, em resposta a estímulos relacionados à droga, parece ser um campo de estudo promissor na investigação da reatividade a pis-

tas (Polich, 2003). Estudos que utilizam exames de imageamento cerebral têm revelado correlatos neuroanatômicos da reatividade a pistas relacionadas à droga em áreas cerebrais envolvidas em processos motivacionais, emocionais e cognitivos (Yalachkov, Kaiser, & Naumer, 2011). Os estudos com realidade virtual constituem outra modalidade de investigação da reatividade a pistas associadas às SPAs. Por exemplo, demonstrou-se que fumantes expostos a ambiente virtual relacionado ao comportamento de fumar exibiram mais reatividade a pistas, o que pode indicar maior vulnerabilidade ao uso de SPAs (Traylor, Parrish, Copp, & Bordnick, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional deve estar ciente de que a qualidade do psicodiagnóstico não está atrelada apenas às propriedades psicométricas das medidas utilizadas. A formação do psicólogo para aplicação, interpretação, análise crítica e integração dos resultados é crucial. Alguns instrumentos e modelos de avaliação requerem conhecimentos específicos e experiência. Um processo psicodiagnóstico eficiente e ético só ocorrerá na medida em que o profissional conhece as funções psicológicas que um teste descreve e as conclusões que dele poderão ser inferidas. Quando se faz a avaliação dos indivíduos, não se pode prescindir das dimensões éticas e deontológicas, independentemente do contexto em que ela ocorre. O psicólogo deve selecionar e empregar medidas confiáveis e de valor reconhecido. Da mesma forma, é fundamental que os instrumentos psicológicos escolhidos se coadunem com o referencial teórico adotado pelo profissional. Isto é, é necessário que o psicólogo utilize recursos que estejam alinhados com os princípios teóricos de abordagem de atuação (Oliveira, Noronha, & Dantas, 2006).

É necessário considerar que nem sempre o paciente preenche todos os critérios diagnósticos para um transtorno por uso de SPAs. De forma isolada, isso não significa que o uso de drogas não esteja acarretando prejuízos na vida do indivíduo. Ou seja, o conceito de avaliação nesse campo expandiu-se, considerando sua complexidade. Diante disso, além de caracterizar o perfil de consumo, deve-se avaliar também outros aspectos igualmente importantes da vida do indivíduo. Por isso, considera-se que a avaliação dever ser multidimensional, contemplando variáveis médicas, ocupacionais, legais, sociofamiliares, psiquiátricas, etc. Esses fatores podem ser causados ou exacerbados pelo uso de SPAs. Nesse sentido, o ambiente sociocultural e os relacionamentos interpessoais podem influenciar o uso de SPAs, e, em última instância, a relação entre esses aspectos representa os fatores de proteção ou de risco para o uso de SPAs de que o indivíduo dispõe. No contexto do processo psicodiagnóstico, a análise desses fatores poderá auxiliar o psicólogo a definir, por exemplo, o prognóstico.

Portanto, mais importante do que classificar o indivíduo como dependente químico é entender que o TUS envolve múltiplas associações de comportamentos desadaptativos relacionados a hábitos individuais e sociais que dificultam o processo de cessação do consumo e a manutenção duradoura da abstinência. Assim, o processo de recuperação requer uma mudança substancial no estilo de vida do usuário, que nem sempre é fácil de instituir. É importante que o usuário conte com uma rede de apoio social formada por não usuários de drogas, com a ampliação de repertório de atividades não relacionadas ao uso e com planejamento para as horas livres. Além disso, é importante que sejam identificadas novas e variadas fontes ambientais dispensadoras de reforço que aumentem a probabilidade de o indivíduo obter satisfação emocional com a vida sem as drogas (dedicar-se a atividades sociais, recreativas, laborais, etc.). A reorganização da rotina diária e todas essas mudanças significativas no estilo de vida contribuirão para romper ou enfraquecer o fluxo associativo entre estímulos ambientais e o comportamento de uso da droga. A literatura evidencia que aqueles indivíduos exitosos em manter uma vida mais satisfatória sem drogas tendem a manter a abstinência por mais tempo. Por isso, ao avaliar o paciente e determinar o prognóstico de sua condição, deve-se estar atento para as potencialidades do indivíduo, e não apenas para o padrão de consumo da droga ou para a natureza ou extensão dos déficits de ordem cognitiva.

Em relação às medidas explícitas, as avaliações de processamento implícito e os testes projetivos são menos sensíveis aos efeitos de desejabilidade social. Por isso, podem auxiliar no entendimento das circunstâncias em que o comportamento de um indivíduo não condiz com as metas explícitas mantidas por ele. Ou seja, mesmo referindo explicitamente que gostaria de parar de usar drogas, o indivíduo persevera no uso, apesar das consequências negativas que experimenta

e do seu desejo explícito de se abster das drogas. Contudo, são necessários mais estudos de validade e confiabilidade dessas medidas. Além disso, tais medidas podem ser relacionadas a outros indicadores de gravidade clínica. Ainda existem poucos estudos estabelecendo relações entre elas e avaliações de resultados clínicos. Nesse contexto, ao buscar integrar medidas de processamento implícito (automático) e explícito (reflexivo), o processo psicodiagnóstico pode elucidar o quanto os dois sistemas interagem para influenciar a tomada de decisão e o comportamento de uso de SPAs. Além disso, pode-se pensar no papel que essa interação desempenha na vulnerabilidade ao TUS (Peuker et al., 2013).

Em suma, a coleta de dados completos e detalhados da história do paciente, aliada a outras medidas do consumo de SPAs, permitirá determinar o diagnóstico e a gravidade do quadro. Também podem ser avaliados o nível de comprometimento dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da vida do indivíduo, fundamentais para determinar a intervenção mais apropriada. Em síntese, o processo psicodiagnóstico bem-sucedido permite ao psicólogo pensar de forma clínica a inter-relação e a interdependência entre o indivíduo e o meio em que está inserido, bem como as vulnerabilidades, as potencialidades e os determinantes biopsicossociais do uso de SPAs. O psicodiagnóstico enriquece a avaliação clínica por meio da avaliação aprofundada do funcionamento psicológico. Quando conduzido de forma técnica e ética, é possível obter um panorama detalhado das fraquezas e das forças/recursos do indivíduo. Por fim, deve-se enfatizar que o processo psicodiagnóstico não se limita à descrição de resultados de medidas objetivas e projetivas. Pelo contrário, as hipóteses delineadas a partir dos dados oriundos de cada instrumento devem ser confrontadas, submetidas à análise crítica do psicólogo. Tais informações devem ser integradas às demais informações da história de vida do indivíduo, permitindo, assim, uma visão integral do examinando.

REFERÊNCIAS

Acton, G. S. (2003). Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: Implications for substance use. *Substance Use & Misuse, 38*(1), 67-83.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*(3), 106-115.

Babor, T. F., Higgings-Biddle, J. C., Sauders, J. B., & Monteiro, M. G. (2003). *AUDIT: Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: Roteiro para uso em atenção primária.* (Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade, Rio Preto).

Brook, J. S., Brook, D. W., Richter, L., & Whiteman, M. (2002). Risk and protective factors of adolescent drug use: Implications for prevention programs. In Z. Sloboda, & W. J. Bukoski. *Handbook of drug abuse prevention: Theory, science and practice.* New York: Kluwer.

Castel, S., & Formigoni, M. L. O. S. (1999). Escalas para avaliação de tratamentos de dependência de álcool e outras drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica, 26*(1), 32-37.

Chiamulera, C. (2005). Cue reactivity in nicotine and tobacco dependence: A "multiple-action" model of nicotine as a primary reinforcement and as an enhancer of the effects of smoking-associated stimuli. *Brain Research Reviews, 48*(1), 74-97.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2007). *NEO PI-R: Inventário de personalidade NEO revisado e inventário de cinco fatores NEO revisado NEO-FFI-R*. São Paulo: Vetor.

Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Cunha, P. J. (2009). Neuropsychological impairments in addiction: Focus on prefrontal cortex and on adolescence as a critical period for brain maturation. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 54*(3), 127-133.

Cunha, S. M., & Bizarro, L. (2011). Reatividade cruzada a pistas no consumo de álcool e cigarro: Revisão crítica da literatura. *Interação em Psicologia, 15*, 121-128.

Da Silveira, D. X., Doering-Silveira, E., Niel, M., & Jorge, M. R. (2006). Predicting craving among cocaine users. *Addictive Behaviors, 31*(12), 2292-2297.

Field, M. & Cox, W. M. (2008). Attentional bias in addictive behaviors: A review of its development, causes, and consequences. *Drug and Alcohol Dependence, 97*(1-2), 1-20.

Franco, R., & Villemor-Amaral, A. E. (2012). Validade incremental do Zulliger e do Pfister no contexto da toxicomania. *Psico-USF, 17*(1), 73-83.

Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *The American Journal of Psychiatry, 159*(10), 1642-1652.

Heaton, K. R., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G., Curtiss, G., & Cunha, J. A. (2005). *Manual do teste Wisconsin de classificação de cartas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Henrique, I. F. S., De Micheli, D., Lacerda, R. B. de, Lacerda, L. A. de, & Formigoni, M. L. O. de S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira, 50*(2), 199-206.

Kessler, F. H. P., Woody, G., Portela, L. V. C., Tort, A. B. L., De Boni, R., Peuker, A., ... Pechansky, F. (2007b). Brain injury markers (S100B and NSE) in chronic cocaine dependents. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*(2), 134-139.

Kessler, F., Cacciola, J., Alterman, A., Faller, S., Souza-Formigoni, M. L., Cruz, M. S., ... Pechansky, F. (2012). Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 34*(1), 24-33.

Kessler, F., Cacciola, J., Faller, S., Souza-Formigoni, M. L., Cruz, M. S., Brasiliano, S., ... Pechansky, F. (2007a). Multi-center cross-cultural adaptation of the Addiction Severity Index, Sixth Edition (ASI6) for Brazil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*(3), 335-336.

Koob, G., & Kreek, M. J. (2007). Stress, dysregulation of drug reward pathways, and the transition to drug dependence. *American Journal of Psychiatry, 164*(8), 1149-1159.

Kreek, M. J., Nielsen, D. A., Butelman, E. R., & LaForge, K. S. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience, 8*(11), 1450-1457.

Kristensen, C. H. (2006). Funções executivas e envelhecimento. In M. A. M. P. Parente (Ed.), *Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed.

Lima, C. T., Freire, A. C. C., Silva, A. P. B., Teixeira, R. M., Farrel, M., & Prince, M. (2005). Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol, 40*, 584-589.

Lopes, F. M., Peuker, A. C., & Bizarro, L. A. (2008). Viés atencional em fumantes. *Psico, 39*, 280-288.

Masur, J., Monteiro, M. G. (1983). Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 16*(3), 215-218.

Matumoto, P. A., & Rossini, J. C. (2013). Avaliação das funções atentivas e flexibilidade mental em dependentes químicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26*(2), 339-345.

McKay, J. R. (1999). Studies of factors in relapse to alcohol, drug and nicotine use: A critical review of methodologies and findings. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 60*(4), 566-576.

Mendez, B. E. (1999). *Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol use disorders identification test* (Tese de doutorado, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas).

Moeller, F. G., & Dougherty, D. M. (2002). Impulsivity and substance abuse: What is the connection? *Addictive Disorders & Their Treatment, 1*(1), 3-10.

Moeller, F. G., Hasan, K. M., Steinberg, J. L., Kramer, L. A., Dougherty, D. M., Santos, R. M., ... Narayana, P. A. (2005). Reduced anterior corpus callosum white matter integrity is related to increased impulsivity and reduced discriminability in cocaine dependent subjects: Diffusion tensor imaging. *Neuropsychopharmacology, 30*(3), 610-617.

National Institute on Alcohol and Alcoholism (NIAAA). (2005). *Helping patients who drink too much: A clinician's guide*. Recuperado de pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/guide.pdf

Natividade, J. C., Aguirre, A. R., Bizarro, L., & Hutz, C. S. (2012). Fatores de personalidade como preditores do consumo de álcool por estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública, 28*(6), 1091-1100.

Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria fatorial de personalidade (BFP): Manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, K. L. de, Noronha, A. P. P., & Dantas, M. A. (2006). Instrumentos psicológicos: Estudo comparativo entre estudantes e profissionais cognitivo-comportamentais. *Estudos de Psicologia, 23*(4), 359-367.

Patkar, A. A., Murray, H. W., Mannelli, P., Gottheil, E., Weinstein, S. P., & Vergare, M. J. (2004). Pre-treatment measures of impulsivity, aggression and sensation seeking are associated with treatment outcome for African-American cocaine-dependent patients. *Journal of Addictive Diseases, 23*(2), 109-122.

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*(6), 768-774.

Peuker, A. C., Fogaça, J., & Bizarro, L. (2006). Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*(2), 193-200.

Peuker, A. C., Lopes, F. M., & Bizarro, L. (2009). Viés atencional no abuso de drogas: Teoria e método. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(4), 505-512.

Peuker, A. C., Lopes, F. M., Menezes, C. B., Cunha, S. M., & Bizarro, L. (2013). Processamento implícito e dependência química: Teoria, avaliação e perspectivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 29*(1), 07-14.

Polich, J. (2003). Event-related potentials and everyday drugs. *Brain and Cognition, 53*, 45.

Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews, 18*(3), 247-291.

Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology, 54*, 25-53.

Rooke, S. E., Hine, D. W., & Thorsteinsson, E. B. (2008). Implicit cognition and substance use: A meta-analysis. *Addictive Behaviors, 33*(10), 1314-1328.

Scivoletto, S. (2001). Tratamento psiquiátrico de adolescentes usuários de drogas. In R. Laranjeira, A. G. Andrade, G. R. A. Focchi, & M. C. Leite. *Dependência química: Novos modelos de tratamento*. São Paulo: Roca.

Szobot, C. M., Rohde, L. A., Bukstein, O., Molina, B. S., Martins, C., Ruaro, P. ... Pechansky, F. (2007). Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community-based case-control study. *Addiction, 102*, 1122-1130.

Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review, 97*(2), 147-168.

Traylor, A., Parrish, D., Copp, H., & Bordnick, P. (2011). Using virtual reality to investigate complex and contextual cue reactivity in nicotine dependent problem drinking. *Addictive Behaviors, 36*, 1068-1075.

Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E. C., & Pérez-García, M. (2006). Executive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence: An examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *Journal of the International Neuropsychological Society, 12*(3), 405-415.

Villemor-Amaral, A. E., Primi, R., & Silva, T. C. (2003). Indicadores de alcoolismo no teste das pirâmides coloridas de Pfister. *Psico-USF, 8*(1), 33-38.

von Diemen, L., Szobot, C. M., Kessler, F., & Pechansky, F. (2007). Adaptation and constrúct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents 2. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*(2), 153-156.

Wiers, R., & Stacy, A. (2006). Implicit cognition and addiction. *Current Directions in Psychological Science, 15*, 292-296.

World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders (CID10)*. Geneva: WHO.

Yates, D. B., Trentini, C. M., Tosi, S. D., Corrêa, S. K., Poggere, L. C., & Valli, F. (2006). Apresentação da Escala de Inteligência Wechsler abreviada: (WASI). *Avaliação Psicológica, 5*(2). 227-233.

Verdejo-García, A., & Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology, 56*(Suppl 1), 48-62.

Wiers, R. W., Bartholow, B. D., van den Wildenberg, E., Thush, C., Engels, R. C., Sher, K. J., ... Stacy, A. W. (2007). Automatic and controlled processes and the development of addictive behaviors in adolescents: A review and a model. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 86*(2), 263-283.

Yalachkov, Y., Kaiser, J., & Naumer, M. (2011). Functional neuroimaging studies in addiction: Multisensory drug stimuli and neural cue reactivity. *Neuroscience & Behavioral Reviews, 36*(2), 825-835.

LEITURAS RECOMENDADAS

Ham, L. S., & Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 23*, 719-759.

Ochsner, K. N., Ray, R. R., Hughes, B., McRae, K., Cooper, J. C., Weber, J., ... Gross, J. (2009). Bottom-up and top-down processes in emotion generation: Common and distinct neural mechanisms. *Psychological Science, 20*, 1322-1331.

30

PSICODIAGNÓSTICO E ALTERAÇÕES NEUROCOGNITIVAS EM IDOSOS

Murilo Ricardo Zibetti
Jaqueline de Carvalho Rodrigues
Gabriela Peretti Wagner

A diminuição das taxas de natalidade e o advento de recursos médicos e de saúde, os quais afetam o aumento da expectativa de vida, têm impulsionado o envelhecimento populacional. Estima-se que as pessoas acima de 65 anos de idade correspondiam a 3,1% da população brasileira em 1970, mas essa taxa deve progredir para cerca de 19% em 2050 (Carvalho & Rodríguez-Wong, 2008). Consequentemente, tendo em vista o aumento da população idosa, será possível identificar um número cada vez maior de indivíduos que sofrem de doenças crônicas e degenerativas relacionadas à velhice.

Na quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5), foi incluído o capítulo sobre transtornos neurocognitivos (American Psychiatric Association [APA], 2014). Além de mostrar uma visão mais elaborada e complexa dos prejuízos na cognição, esse capítulo atualizou sobremaneira as classificações de *delirium*, demências, amnésia e outros transtornos cognitivos do DSM-IV-TR (APA, 1994). Essa nova visão repercute diretamente na assistência aos idosos, grupo etário que tende a apresentar maior incidência de doenças neurodegenerativas de etiologias diversas e *delirium* devido a condições médicas gerais.

Nesse contexto, o objetivo deste capítulo é apresentar uma atualização sobre essas novas concepções diagnósticas, incluindo informações sobre as alterações morfofisiológicas e, principalmente, as mudanças cognitivas resultantes dessas condições. Além disso, são apresentadas algumas considerações importantes sobre a avaliação dos transtornos neurocognitivos em idosos em termos de investigação clínica. São discutidos também alguns instrumentos de rastreio, utilizados na identificação de sintomas desses transtornos. Por fim, são abordadas as formas de avaliar as funções cognitivas que podem se mostrar deficitárias nesses transtornos: atenção concentrada e velocidade de processamento, sistemas de memória, linguagem oral e escrita, praxias e visuoconstrução, bem como funções executivas. Ao final dessa última seção, é apresentado um exemplo de caso clínico abreviado.

NOVAS CONCEPÇÕES DIAGNÓSTICAS DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS

No DSM-IV-TR (APA, 1994), lesões muito específicas e não progressivas, como as decorrentes de traumatismo craniano, eram incluídas na terminologia de demências, o que repercutia na interação das áreas da psiquiatria e da psicologia com a da neurologia. No entanto, no âmbito desta última, são classificadas como demências as doenças que causam degeneração do cérebro, resultando em impactos progressivos na cognição e prejudicando o desempenho nas atividades da vida diária (APA, 1994). No DSM-5, isso foi modificado. Na nova edição do *Manual*, sugere-se a utilização do termo "transtorno neurocognitivo", em vez de "demência". Essa denominação é mais ampla e engloba, sem distorções, tanto os processos neurodegenerativos quanto os quadros cognitivos

mais estáveis. Esse novo sistema é mais adequado às propostas de outros sistemas classificatórios e está alinhado com as demais áreas da saúde. Conforme as instruções do DSM-5, a expressão demência ainda pode ser utilizada por profissionais da saúde e pacientes habituados à nomenclatura, mas exclusivamente quando a doença for de etiologia claramente degenerativa (APA, 2014).

Os transtornos neurocognitivos ainda podem ser classificados de acordo com a doença neurológica de base e conforme a intensidade dos sintomas. Os quadros neurológicos de base são qualificados e definidos de acordo com a manifestação cognitiva típica de cada doença, incluindo, quando houver, exames laboratoriais adicionais que auxiliam a confirmá-la. A classificação da intensidade dos sintomas configura-se em uma evolução. Sendo assim, quadros com prejuízos cognitivos mensuráveis com escores Z (padronizados) entre -1,5 e -2,00 desvios-padrão abaixo da média, mas sem prejuízos funcionais graves, devem ser classificados como transtorno neurocognitivo leve (Quadro 30.1). Os quadros mais graves, em que os resultados da testagem cognitiva são inferiores a -2,00 desvios-padrão abaixo da média e apresentam dificuldades para manter a independência em atividades do dia a dia recebem classificação de transtorno neurocognitivo maior (Quadro 30.2). A classificação em níveis de severidade é importante, pois orienta os tratamentos conforme as necessidades do paciente e representa o caminho do diagnóstico em fases cada vez mais precoces dessas condições de saúde (APA, 2014).

Outra mudança importante do DSM-IV-TR para o DSM-5 diz respeito à necessidade do prejuízo dos sistemas de memória episódica para o diagnóstico de transtorno cognitivo. No DSM-IV-TR vigorava um modelo criado a partir da doença de Alzheimer, que é o quadro neurodegenerativo mais prevalente (APA, 1994). Nessa doença, a evolução típica envolve prejuízo na formação dos sistemas de memória episódica (lembrança de fatos e eventos). Esse modelo foi compartilhado para o diagnóstico das demais demências e, por isso, difundiu-se o critério de prejuízo da memória. No entanto, a evolução mostrou que muitas doenças neurodegenerativas manifestam-se primariamente por alterações comportamentais ou de linguagem e que esse critério era inadequado a essas condições. Dessa forma, para que o diagnóstico de um transtorno neurocognitivo pelo DSM-5 seja feito, não necessariamente a memória precisa estar comprometida (APA, 2014).

QUADRO 30.1
Critérios diagnósticos gerais para transtorno neurocognitivo leve

A. Evidências de declínio cognitivo pequeno a partir de nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceptomotor ou cognição social) com base em:
1. Preocupação do indivíduo, de um informante com conhecimento ou do clínico de que ocorreu declínio na função cognitiva; e
2. Prejuízo pequeno no desempenho cognitivo, de preferência documentado por teste neuropsicológico padronizado ou, em sua falta, outra avaliação quantificada.

B. Os déficits cognitivos não interferem na capacidade de ser independente nas atividades cotidianas (i.e., estão preservadas atividades instrumentais complexas da vida diária, como pagar contas ou controlar medicamentos, mas pode haver necessidade de mais esforço, estratégias compensatórias ou acomodação).

C. Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de *delirium*.

D. Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno depressivo maior, esquizofrenia).
Determinar o subtipo devido a:
1. Doença de Alzheimer
2. Degeneração lobar frontotemporal
3. Doença com corpos de Levy
4. Doença vascular
5. Entre outros[1]

Fonte: APA (2014)
[1] Para os demais especificadores, consultar o DSM-5.

Por fim, um acréscimo importante é a descrição de processos cognitivos que necessariamente devem ser avaliados no processo diagnóstico do paciente (APA, 2014). Essa descrição é ampla, com a indicação de tarefas e testes aplicados de forma costumeira no diagnóstico, e também com a definição da manifestação comportamental típica de cada uma dessas dificuldades, de acordo com a intensidade a ser diagnosticada (transtorno neurocognitivo leve ou maior). Embora no DSM-5 existam algumas funções descritas de forma diferente da psicologia cognitiva e da neuropsicologia clínica, esses parâmetros uniformizam a compreensão dos instrumentos e mostram a necessidade da avaliação cognitiva em casos suspeitos

(APA, 2014). Dessa forma, de acordo com o que foi explicitado até aqui, os seguintes aspectos precisam ser considerados no diagnóstico dos transtornos neurocognitivos: 1) o quadro ser de natureza degenerativa ou não, o que pode interferir no diagnóstico; b) a intensidade dos prejuízos cognitivos; e c) a(s) função(ões) cognitiva(s) afetada(s).

Contudo, antes de apresentar os instrumentos e outras técnicas de avaliação, é importante uma breve discussão acerca das alterações neurofisiológicas associadas aos quadros patológicos abordados. A seguir, são descritos os transtornos neurocognitivos já citados e suas alterações neurofisiológicas indicativas (APA, 2014).

NOVAS CONCEPÇÕES DIAGNÓSTICAS E RESPECTIVAS ALTERAÇÕES NEUROFISIOLÓGICAS

Os transtornos neurocognitivos ocorrem devido a algumas doenças que acometem o sistema nervoso central (SNC). Devido à variedade de transtornos neurocognitivos que podem acometer os idosos, optamos por apresentar os quadros diagnosticados com mais frequência nessa faixa etária. Assim, vamos nos limitar aos transtornos neurocognitivos devido à doença de Alzheimer, às doenças cerebrovasculares, à doença com corpos de Levy e à degeneração frontotemporal (Caramelli & Barbosa, 2002; Prince et al., 2013). De maneira geral, não se identificou, até o momento, uma causa exclusiva de cada uma dessas condições, que têm sido consideradas multifatoriais, com fortes fatores genéticos em interação com aspectos ambientais para o seu surgimento. As características diagnósticas desses quadros levam em conta o histórico familiar, a idade dos primeiros sintomas, o curso da doença e as manifestações comportamentais e cognitivas de cada um dos transtornos. Em centros mais avançados e especializados, os exames patológicos e/ou laboratoriais têm sido inseridos na prática clínica, contribuindo sobremaneira para o diagnóstico desses pacientes. Porém, a identificação dos marcos histopatológicos e a confirmação diagnóstica da cada uma dessas doenças se dão, na maioria dos casos, em exames *post mortem*. Portanto, embora tenham ocorrido, nos últimos anos, muitos avanços na identificação dos marcos histopatológicos dos transtornos neurocognitivos, a realização do diagnóstico ainda privilegia os perfis cognitivos e comportamentais na identificação das doenças neurológicas que originam os sintomas.

QUADRO 30.2
Critérios diagnósticos gerais para transtorno neurocognitivo maior

A. Evidências de declínio cognitivo importante a partir de nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceptomotor ou cognição social), com base em:
1. Preocupação do indivíduo, de um informante com conhecimento ou do clínico de que há declínio significativo na função cognitiva; e
2. Prejuízo substancial no desempenho cognitivo, de preferência documentado por teste neuropsicológico padronizado ou, em sua falta, por outra investigação clínica quantificada.

B. Os déficits cognitivos interferem na independência em atividades da vida diária (i.e., no mínimo, necessita de assistência em atividades instrumentais complexas da vida diária, tais como pagamento de contas ou controle medicamentoso).

C. Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de *delirium*.

D. Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno depressivo maior, esquizofrenia).
Determinar o subtipo devido a:
1. Doença de Alzheimer
2. Degeneração lobar frontotemporal
3. Doença com corpos de Levy
4. Doença vascular
5. Entre outros[1]

Fonte: APA (2014)
[1] Para os demais especificadores, consultar o DSM-5.

Dessa forma, uma avaliação clínica bem conduzida continua sendo o procedimento mais indicado no diagnóstico de um transtorno neurocognitivo.

O transtorno neurocognitivo devido à doença de Alzheimer é o quadro mais comum em idosos e está relacionado a eventos extra e intracelulares (APA, 2014; Frota et al., 2011). No que diz respeito aos eventos extracelulares, ocorre o acúmulo de placas senis neuríticas (de proteína amiloide) (Frota et al., 2011). Em relação às mudanças intracelulares, observa-se a formação de emaranhados neurofibrilares nos neurônios (Frota et al., 2011). A degeneração típica inicia-se pelo córtex entorrinal, atingindo o hipocampo e, progressivamente, todo o córtex cerebral. As manifestações cognitivas mais comuns são a perda da capacidade de armazenar novos fatos e eventos na

memória, bem como de orientar-se no tempo e no espaço (APA, 2014; Frota et al., 2011). Dessa forma, a memória episódica está entre os processos mais comumente prejudicados no transtorno neurocognitivo devido à doença de Alzheimer. Com o progresso da doença, é possível observar alterações de linguagem e de funções executivas, entre outros processos cognitivos. Existem duas formas de manifestação: a) a precoce, antes dos 60 anos, que em geral está fortemente relacionada a componentes genéticos; e b) a tardia, que ocorre depois dos 60 anos (APA, 2014).

O transtorno neurocognitivo devido à condição cerebrovascular é o segundo mais comumente diagnosticado e ocorre devido ao acúmulo de lesões decorrentes de eventos neurovasculares (Caramelli & Barbosa, 2002; Engelhardt et al., 2011). O curso e as manifestações cognitivas são heterogêneos, pois os eventos neurovasculares ocorrem de modo difuso no cérebro, provocando sinais e sintomas diferentes dependendo da área lesionada. Dessa forma, há variações conforme o hemisfério cerebral acometido, a região afetada, o tamanho da lesão e a origem do comprometimento (se o processo é aterosclerótico ou tromboembólico). Contudo, algumas manifestações são comuns, como lentificação do processamento cognitivo e redução da capacidade atencional devido a lesões em áreas subcorticais do cérebro responsáveis pela conectividade cerebral (APA, 2014). Esses pacientes apresentam, ainda, evolução em degraus (com alguns "platôs") e tendem a ser poliqueixosos e a reclamar muito de dores, pois o quadro cerebrovascular geralmente é acompanhado por quadros sistêmicos maiores (APA, 2014; Caramelli & Barbosa, 2002).

O diagnóstico de transtorno neurocognitivo com corpos de Levy ocorre devido à aglomeração de corpúsculos que dão nome ao quadro (APA, 2014; Caramelli & Barbosa, 2002). Esse tipo de demência tem manifestações semelhantes às da doença de Alzheimer, como a perda da memória e da orientação. De fato, exames patológicos tendem a demonstrar que existe sobreposição entre os diagnósticos quando se consideram apenas dados comportamentais. No entanto, algumas características são importantes para o diagnóstico diferencial. Por exemplo, pacientes com transtorno neurocognitivo com corpos de Levy podem apresentar alterações da marcha, perda do controle dos esfíncteres e alucinações visuais muito cedo no curso da doença (APA, 2014; Caramelli & Barbosa, 2002). Frequentemente demonstram oscilação do desempenho durante os dias, inclusive no mesmo dia da avaliação. Em casos suspeitos, o acompanhamento longitudinal é fundamental para o acerto diagnóstico (APA, 2014).

O transtorno neurocognitivo devido à degeneração lobar frontotemporal é uma doença que atinge principalmente pacientes no final da meia-idade e idosos mais jovens (APA, 2014; Caramelli & Barbosa, 2002). Existem duas manifestações típicas da doença: a variante linguística envolve prejuízos na nomeação, na compreensão e no acesso lexical; a outra variante apresenta principalmente alterações comportamentais, como dificuldades de inibição e agressividade (APA, 2014). Apesar de ser um quadro neurodegenerativo, o transtorno neurocognitivo devido à degeneração frontotemporal tem manifestação muito diferente do transtorno neurocognitivo devido à doença de Alzheimer típico. As principais diferenças envolvem tempo de evolução mais rápido, alteração comportamental mais grave e ausência de dificuldades de memória episódica no início do curso da doença (APA, 2014).

Os quadros citados são os de ocorrência mais frequente em indivíduos idosos e podem causar transtornos neurocognitivos. Salienta-se que podem existir outras causas de transtornos neurocognitivos, como doença de Huntington, infecção do SNC pelo vírus HIV (ou outros vírus), doença priônica ou doença de Parkinson. Alguns desses quadros são pouco prevalentes em idosos e, por isso, não serão abordados neste capítulo. Entretanto, algumas manifestações cognitivas e comportamentais podem ser próximas às observadas nos quadros já descritos. Em outras palavras, os processos cognitivos a serem investigados nos transtornos neurocognitivos menos frequentes são os mesmos que os avaliados em quadros de Alzheimer, cerebrovasculares, relacionados aos corpos de Levy ou frontotemporais.

CONSIDERAÇÕES ANTE A AVALIAÇÃO CLÍNICA DE IDOSOS

Na entrevista clínica com idosos, é importante identificar fatores sociodemográficos e alterações sensoriais, motoras e cognitivas que acompanham o envelhecimento e podem influenciar os resultados dos testes administrados. No Brasil, muitos idosos apresentam baixa escolaridade e poucos hábitos de leitura e escrita. Todos esses fatores podem afetar os resultados da avaliação, especialmente em tarefas de linguagem ou até

mesmo na compreensão das instruções mais complexas dos testes. Portanto, o clínico deve fazer uso de instrumentos que disponibilizem normas por idade e escolaridade, uma vez que essa é uma variável que impacta no desenvolvimento e no declínio cognitivo (Bueno & Dalgalarrondo, 2013; Parente, Carthery-Goulart, Zimmermann, & Fonseca, 2012). Por exemplo, dois idosos de 65 anos, de diferentes níveis de escolaridade, podem ter desempenhos diferentes nos testes, mas não necessariamente aquele que apresentar pontuação mais baixa tem um transtorno neurocognitivo.

Ainda, na entrevista clínica, deve-se questionar a profissão e a rotina do idoso antes de iniciar com as queixas de declínio cognitivo, para verificar se costumava fazer atividades como leitura, escrita e cálculos, e se essas se mostram atualmente comprometidas na avaliação. As diferenças entre os níveis de atividades atuais e prévios são fundamentais na avaliação em casos de suspeita de transtorno neurocognitivo. Nem sempre o prejuízo detectado condiz com perda de desempenho em relação ao funcionamento durante a vida, ou seja, alguns prejuízos cognitivos podem estar presentes durante toda a vida. Nesses casos, a entrevista inicial é a ferramenta que temos para identificar o funcionamento prévio do paciente, como ele se comportava e o que era capaz de realizar. Contudo, justamente pelas alterações cognitivas, o paciente com suspeita de transtorno neurocognitivo não é uma fonte de informação fidedigna sobre seu desempenho atual. Por isso, devemos averiguar os dados obtidos por meio de entrevista com um informante. O informante deve, necessariamente, ser próximo ao paciente e conviver com ele. Na maioria dos casos, trata-se de alguém da família do paciente e também quem o acompanha na consulta, como cônjuges e filhos. Contudo, em diversas ocasiões, é preciso entrevistar profissionais que acompanham o paciente em casa, como técnicos de enfermagem e/ou "cuidadores" em geral. Essa recomendação vale para pacientes mantidos em suas casas, mas com profissionais contratados pela família, responsáveis pela atenção diária e pelos cuidados do idoso. Nos casos em que o idoso estiver institucionalizado, o informante deve ser alguém que o acompanha na casa geriátrica ou instituição de saúde. Portanto, o informante precisa ser alguém que tem contado direto e, preferencialmente, diário com o paciente. A entrevista com o informante deve abranger os mesmos aspectos da anamnese com o paciente. Uma sugestão valiosa seria fazer um bom vínculo com o informante, pois ele poderá esclarecer dúvidas futuras mediante observação e levará a cabo as instruções do tratamento.

Quanto aos aspectos sensoriais e motores, sugere-se verificar se o paciente tem alterações visuais e/ou auditivas, que podem também estar associadas ao processo de envelhecimento e influenciar nos resultados da avaliação. Assim, certifique-se que seu paciente fez exames visuais e auditivos nos últimos meses, exigindo que ele compareça à avaliação usando óculos e/ou aparelho auditivo, quando necessário. Além disso, com o envelhecimento, é comum os idosos apresentarem tremores nos membros superiores (Sturman, Vaillancourt, & Corcos, 2005), que provavelmente irão se manifestar nas tarefas que envolvem escrita e/ou praxia construtiva. Portanto, essas características devem ser levadas em consideração, pois nem todas as alterações ocorridas em tarefas são de natureza patológica.

Com o surgimento de doenças crônicas que acompanham o envelhecimento, é comum que os idosos façam uso de mais medicações. Além disso, devido às alterações do humor, também costuma haver aumento do consumo de medicações psiquiátricas nessa faixa etária. Portanto, é importante verificar a dosagem, a frequência de uso e os horários em que os medicamentos são ingeridos, pois podem causar sonolência, fadiga ou até mesmo influenciar na concentração para responder aos testes. Todos esses fatores – uso de medicações, nível de escolaridade, frequência de leitura e de escrita, e alterações sensoriais e motoras – podem (e devem) ser investigados em uma entrevista clínica.

Sintomas de ansiedade e depressão também costumam seguir com o envelhecimento e afetar os resultados da avaliação do idoso, sendo importante investigar a presença de tais quadros (Paulo & Yassuda, 2010). A depressão é um dos transtornos do humor de maior ocorrência em idosos (Mello & Teixeira, 2011). Para avaliar a presença desses sintomas, estão disponíveis os instrumentos Inventário de Depressão de Beck – primeira edição (BDI) (Cunha, 2001), Inventário de Depressão de Beck – segunda edição (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996; Gorenstein, Pang, Argimon, & Werlang, 2011) e Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Almeida & Almeida, 1999; Yesavage, Brink, Rose, & Lurn, 1983). Episódio depressivo maior pode ser uma comorbidade frequente com transtornos neurocognitivos, sendo que alguns sintomas de depressão em idosos

podem mascarar a existência de um transtorno neurocognitivo leve. Logo, é importante considerar se o paciente em questão tem sintomas relacionados ao humor e o quanto tais sintomas podem ser causados por um transtorno do humor ou ser manifestações de um transtorno neurocognitivo.

Em uma avaliação psicológica para o diagnóstico de transtorno neurocognitivo, deve-se analisar também o quanto as queixas trazidas pelo paciente e por seus familiares estão impactando na independência funcional e na rotina do paciente. Assim, é importante incluir na entrevista clínica informações sobre a rotina do idoso e quais atividades ele consegue fazer sem ajuda e para quais precisa de supervisão. Nessa entrevista, podem ser utilizadas as escalas de atividades da vida diária, que incluem questões sobre o quanto o indivíduo é independente para tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar e levantar da cama, alimentar-se, usar o telefone, locomover-se por meio de transporte, fazer compras, arrumar a casa, preparar a comida, lavar roupa, cuidar do dinheiro e tomar medicamentos. As escalas utilizadas com mais frequência são a Escala de Atividades Básicas da Vida Diária (ADL) (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963) e a Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (IADL) (Lawton & Brody, 1969). Adaptações brasileiras dessas escalas podem ser encontradas nos estudos de Duca, Silva e Hallal (2009) e Lino, Pereira, Camacho, Ribeiro Filho e Buksman (2008).

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO NEUROCOGNITIVA DE IDOSOS

Nesta seção, serão apresentadas algumas sugestões de instrumentos de rastreio, breves, bem como de avaliação cognitiva mais ampla. Os dois primeiros tipos, de rastreio e breves, devem ser utilizados apenas para identificar que funções devem ser mais bem exploradas. Eles não consistem em medidas detalhadas de cada uma das funções cognitivas. O terceiro tipo de instrumento deve ser a opção de escolha do clínico quando houver a necessidade de uma avaliação psicológica completa.

Instrumentos de rastreio

Muitas pesquisas têm buscado estudar instrumentos do tipo *screening* cognitivo que sejam sensíveis aos déficits que indicam algum comprometimento e sugerir uma avaliação mais aprofundada. Portanto, após a entrevista, o clínico pode iniciar a avaliação fazendo um rastreio do perfil cognitivo global do paciente para, depois, seguir com testes específicos por função cognitiva. Nesta seção, são descritos, de forma breve, alguns instrumentos de rastreio de uso frequente: Miniexame do Estado Mental (MEEM/MMSE – Mini Mental Status Examination; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA – Montreal Cognitive Assessment; Nasreddine et al., 2005) e Avaliação/Exame Cognitivo Addenbrooke (ACE-R – Addenbrooke Cognitive Examination-Revised; Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold, & Hodges, 2006).

Um dos instrumentos de rastreio utilizado com mais frequência e também um dos mais conhecidos e difundidos é o MEEM (Folstein et al., 1975), que foi criado originalmente para identificar pacientes com suspeita de demência e tem tempo de aplicação de aproximadamente 10 a 15 minutos. Ele envolve a avaliação da orientação (tempo e espaço), da atenção, das calculias, da memória, da linguagem e da praxia construtiva. A tarefa tem pontuação mínima de 0 e máxima de 30. Quanto maior a pontuação, melhor o desempenho. No Brasil, há diversas versões do instrumento, geralmente com normas por idade e escolaridade. Em sua maior parte, as adaptações de circulação nacional mais utilizadas foram feitas no estado de São Paulo (Almeida, 1998; Bertolucci, Brucki, Campacci, & Juliano, 1994; Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci, & Okamoto, 2003). Existem também adaptações feitas no Rio Grande do Sul (Chaves & Izquierdo, 1992; Kochhann, Varela, Lisboa, & Chaves, 2010). Salientamos que o examinador deve considerar a versão do instrumento que está sendo utilizada para fins de comparação dos resultados (Almeida, 1998; Bertolucci et al., 1994; Brucki et al., 2003; Chaves & Izquierdo, 1992; Kochhann et al., 2010). Além disso, as diferentes versões apresentam pontos de corte um pouco distintos para demência, conforme a região do País, a idade e, especialmente, a escolaridade. O MEEM pode ser indicado como auxiliar no diagnóstico de transtornos cognitivos maiores ou leves, mas seu uso mais frequente é na identificação de quadros moderados a graves. Contudo, como o instrumento apresenta sensibilidade baixa, deve-se ter cautela na interpretação dos resultados.

Outro instrumento de rastreio adaptado para a população brasileira é a MoCA (Nasreddine et al., 2005), que tem versões adaptadas para uso em diversos países. No Brasil, pesquisadores

comprovaram sua validade e fidedignidade no auxílio diagnóstico de comprometimento cognitivo leve em adultos com pelo menos quatro anos de escolaridade (Memória, Yassuda, Nakano, & Forlenza, 2013). A versão em utilização no País pode ser acessada no *site* dedicado ao instrumento (Mocatest.org, c2015). A MoCA avalia brevemente as seguintes funções: atenção, linguagem, praxia construtiva, memória, funções executivas, orientação e abstração. O tempo de aplicação do instrumento é de aproximadamente 10 minutos. O escore total é de 30 pontos. Pontos de corte são fornecidos de acordo com a idade e a escolaridade do paciente. Assim como acontece com o MEEM, a pontuação obtida na MoCA deve ser interpretada com cuidado, devido à baixa sensibilidade para déficits cognitivos sutis. De qualquer forma, a tarefa pode ser utilizada como auxiliar na identificação de sintomas sugestivos de transtornos neurocognitivos leves ou maiores.

Além do MEEM e da MoCA, outro instrumento de rastreio de prejuízos cognitivos é a ACE-R (Mioshi et al., 2006), cuja adaptação brasileira pode ser encontrada nos estudos de Carvalho e Caramelli (2007) e de Carvalho, Barbosa e Caramelli (2010). A ACE-R é um instrumento que avalia as funções de orientação, atenção, cálculo, memória, linguagem, habilidades visuoespaciais e práxicas e percepção visual. A aplicação dura entre 12 e 20 minutos. O escore máximo possível é de 100 pontos, divididos nos seguintes domínios cognitivos: atenção/orientação (18 pontos), memória (26 pontos), fluência verbal (14 pontos), linguagem (26 pontos) e habilidades visuoespaciais e práxicas (16 pontos). Esse teste pode ser utilizado como auxiliar no diagnóstico dos transtornos neurocognitivos leves ou maiores, conforme o desempenho do paciente.

Apesar de o uso de instrumentos de rastreio ser indicado na identificação de prejuízos cognitivos, salientamos o que foi mencionado no início desta seção: não é possível fazer um diagnóstico de transtorno neurocognitivo leve ou maior utilizando apenas instrumentos de rastreio. Um diagnóstico adequado deve observar sinais e sintomas. Os instrumentos de rastreio são apenas auxiliares na observação dos prejuízos cognitivos. Eles devem ser utilizados para identificar quais funções cognitivas devem ser mais bem exploradas para que se possa avaliar as dificuldades de cada paciente. Dessa forma, um algoritmo de avaliação partiria das entrevistas iniciais com o paciente e com o informante, e passaria pelo uso de instrumentos de rastreio e, posteriormente, por uma bateria de avaliação neuropsicológica. A seleção dos instrumentos nessa bateria deve estar balizada pelas queixas do paciente e os resultados obtidos no instrumento de rastreio. O diagnóstico deve ser feito mediante a observação dos sinais e sintomas da doença em questão. Apresentaremos, ainda, neste capítulo, alguns instrumentos que podem auxiliar na avaliação de cada um dos grupos de funções cognitivas discutidas a seguir.

Instrumentos Breves

Além dos instrumentos do tipo *screening*, o avaliador pode utilizar testes que forneçam um perfil cognitivo geral do paciente, mas com um número maior de tarefas, utilizando instrumentos breves. No Brasil, está disponível o Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve Neupsilin (Fonseca, Salles, & Parente, 2009), que avalia oito funções cognitivas (orientação temporoespacial, atenção, percepção, memória, linguagem, praxias, habilidades aritméticas e funções executivas), divididas em 32 tarefas, em um tempo estimado entre 30 e 50 minutos. O Neupsilin apresenta normas por idade e escolaridade e critérios de validade e fidedignidade adequados para a população brasileira (Pawlowski, Fonseca, Salles, Parente, & Bandeira, 2008; Pawlowski et al., 2014; Pawlowski et al., 2013).

Ainda nessa perspectiva – de instrumentos que avaliam múltiplas funções cognitivas –, há a bateria neuropsicológica Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) (Morris, Mohs, Rogers, Fillenbaum, & Heyman, 1988), que auxilia na detecção de quadros demenciais em idosos. No Brasil, foram desenvolvidos estudos que mostram a aplicabilidade e a validade da CERAD para o diagnóstico de demência inicial (Bertolucci, Okamoto, Toniolo Neto, Ramos, & Brucki, 1998; Bertolucci et al., 2001). Essa bateria é composta pelos seguintes testes: fluência verbal (categoria animais), nomeação de figuras (teste de nomeação de Boston), MEEM, memória de lista de palavras (repetição, recordação e reconhecimento) e praxia construtiva (cópia e recordação). Ainda, está incluída a GDS-15 para a verificação da presença de sintomas depressivos (Yesavage et al., 1983).

Embora os instrumentos breves forneçam um perfil global do paciente, eles não têm poder diagnóstico e apenas contribuem para direcionar uma avaliação neuropsicológica mais aprofundada. Os instrumentos breves também se limi-

tam quanto ao número de itens por tarefa e não informam, de forma suficiente, os processamentos cognitivos preservados e falhos, o que um instrumento específico de memória ou de outro processo cognitivo, por exemplo, pode fornecer.

Instrumentos de avaliação cognitiva ampla

Nesta seção, são discutidos os processos cognitivos a serem investigados em casos suspeitos de transtorno neurocognitivo, e também são sugeridos alguns instrumentos de avaliação para cada uma das funções cognitivas. Em outras palavras, recomenda-se a utilização de um conjunto de tarefas (pelo menos um teste por função) das sugestões a seguir. A escolha de quais testes e tarefas utilizar deve levar em consideração a hipótese diagnóstica.

Avaliação da atenção e da velocidade de processamento

Na avaliação da capacidade atencional, geralmente são utilizados dois tipos de tarefas – os testes de cancelamento e o *span* de dígitos. Os testes de cancelamento são, em geral, tarefas desenvolvidas conforme um paradigma da psicologia cognitiva chamado sondagem, em que, em uma folha de papel, há diversos estímulos – alguns são estímulos-alvo e muitos são distratores. O examinando deve "cancelar", isto é, marcar tantos quantos forem os estímulos-alvo. Ele não deve deixar de marcar nenhum estímulo-alvo (o que daria origem às omissões). Também deve ignorar os distratores, não os marcando. Esse tipo de tarefa avalia principalmente a atenção concentrada/focalizada. Diversos são os testes normatizados disponíveis no Brasil que seguem esse paradigma. Sugerimos neste capítulo, por exemplo, o uso do Teste D2 (Bittencourt, 2000) ou do AC (Cambraia, 2003). Como as tarefas de cancelamento devem ser desempenhadas em um determinado intervalo de tempo, elas podem ser utilizadas também como indicadores da velocidade de processamento cognitivo. Em especial no que se refere ao Teste D2, o resultado bruto do instrumento consiste em uma medida confiável da velocidade de processamento do examinando.

No que se refere ao paradigma do *span* de dígitos, talvez esse seja uma das tarefas mais indicadas para uso em idosos, visto que sua execução não exige uma resposta motora. A tarefa de *span* de dígitos é dividida em duas partes, uma direta e uma inversa. Na ordem direta, o examinando deve ser capaz de repetir sequências de dígitos emitidas pelo examinador; ao acertar, o examinador apresenta sequencias com mais dígitos a serem repetidos. Na ordem inversa, o examinando deve ouvir a sequência de dígitos dita pelo examinador e invertê-la ao repetir a sequência. A tarefa de *span* de dígitos mais conhecida faz parte das Escalas Wechsler de Inteligência, como a WAIS-III (Wechsler, 2004). Infelizmente, não há normas individualizadas para esse paradigma no Brasil, mas é possível fazer uma análise qualitativa do desempenho do paciente em sua execução.

Ainda em relação à velocidade de processamento, podem ser utilizadas as tarefas Código e Procurar Símbolos, também subtestes da WAIS-III (Wechsler, 2004). No Código, o indivíduo é solicitado a copiar símbolos emparelhados com números (cada símbolo corresponde a um número distinto). No Procurar Símbolos, ele deve determinar qual dos pares de símbolos combina com determinado símbolo de um grupo (Strauss, Sherman, & Spreen, 2006). Esses subtestes, por apresentarem um tempo determinado para execução, consistem em indícios da velocidade de processamento cognitivo do examinando.

Avaliação da memória e aprendizagem

Alterações de memória acompanham muitos transtornos neurocognitivos, sendo importante a avaliação dessa função. Devem ser considerados os sistemas de memória semântica, episódica, operacional, imediata, de curto prazo e tardia, de longo prazo, tanto por paradigmas visuais quanto verbais.

Para avaliar a memória episódica verbal, há o Teste de Aprendizagem Auditivo Verbal de Rey (conhecido por "Rey Verbal", adaptado do instrumento Rey Auditory Verbal Learning Test – RAVLT) (Rey, 1964). Essa tarefa mede as memórias imediata, tardia e de reconhecimento, bem como os efeitos de interferência retroativa, proativa e aprendizagem (Malloy-Diniz, Lasmar, Gazinelli, Fuentes, & Salgado, 2007). O instrumento baseia-se no paradigma clássico de avaliação do aprendizado por lista de palavras. O teste conta com uma lista de 15 palavras repetidas cinco vezes ao participante, que deve evocar todas as que lembrar, imediatamente, após cada leitura da lista pelo examinador. Em seguida, é apresentada uma nova lista de palavras (distratora) ao participante, que deve verbalizar todas as que recordar, para, posteriormente, dizer todas as que aprendeu com a lista que foi repetida cinco vezes. Após

20 a 30 minutos, o examinando deve relatar todas as palavras que recordar (memória tardia) e reconhecer, dentre outras palavras, as ditas pelo examinador (reconhecimento). No Brasil, há dados normativos do RAVLT por escolaridade para adultos entre 17 e 85 anos (Charchat-Fichman et al., 2010; Magalhães & Hamdan, 2010).

Salientamos que existem outros instrumentos desenvolvidos internacionalmente para a avaliação da memória verbal, mas que ainda não foram adaptados e estudados no Brasil. Por exemplo, há o California Verbal Learning Test II (CVLT, 2ª edição) (Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 2000) e tarefas verbais da Escala Wechsler de Memória (WMS) (Wechsler, 1945, 2009), como o subteste Pares Verbais Associados ou o subteste Memória Lógica.

A memória visual pode ser avaliada em idosos com o teste Figuras Complexas de Rey (Oliveira & Rigoni, 2010), que mede a percepção visual, a praxia construtiva, a capacidade de planejamento e a memória visual episódica (imediata). É solicitado ao participante que copie uma figura complexa da forma mais correta possível e, após dois intervalos (de três minutos após a cópia e de 30 minutos após a cópia), solicita-se que reproduza a figura desenhada anteriormente (cópia). Contabiliza-se o tempo para a cópia e para a reprodução de memória, além do número de elementos corretamente desenhados e bem localizados. O manual do teste apresenta normas para participantes com até 88 anos de idade para cópia e memória em três minutos (Oliveira & Rigoni, 2010), e há estudos com idosos para cópia e recordação após 30 minutos (Foss, Bastos-Formigheri, & Speciali, 2010).

Da mesma forma que ocorre com a memória verbal, existem instrumentos para a avaliação da memória visual disponíveis no mercado internacional, mas não no Brasil. Pode-se citar como exemplos o Rey Visual Design Learning Test (RVDLT; Rey, 1964); as tarefas visuais da WMS (Wechsler, 1945, 2009), como o subteste Reprodução Visual e o subteste Pares Visuais Associados; e o Benton Visual Retention Test (BVRT; Benton Sivan, 1992). Salienta-se que, desses três instrumentos, o BVRT foi normatizado para a população brasileira e em breve estará disponível para utilização em avaliações psicológicas (Salles, Bandeira, Trentini, Segabinazi, & Hutz, no prelo).

Avaliação da linguagem

Entre as habilidades de linguagem, é importante investigar a capacidade de nomeação do participante, que envolve tanto aspectos visuais quanto verbais na avaliação. A nomeação pode estar comprometida em pacientes com declínio cognitivo e demência de Alzheimer (Balthazar, Cendes, & Damasceno, 2008). Um dos instrumentos frequentemente utilizados para mensurar a nomeação por confrontação visual é o Teste de Nomeação de Boston (TNB) (Mansur, Radanovic, Araújo, Taquemori, & Greco, 2006). Nesse teste, o participante deve nomear 60 figuras apresentadas individualmente, com o avaliador oferecendo pistas fonológicas e/ou semânticas nas situações em que o paciente não conseguir nomear imediatamente a figura. No estudo publicado por Mansur e colaboradores (2006), há parâmetros de desempenho por idade (28 a 70 anos) e escolaridade. Uma versão adaptada do TNB também foi desenvolvida considerando a influência da idade e da escolaridade na nomeação dos estímulos, podendo ser utilizada em adultos com até 77 anos (Miotto, Sato, Lucia, Camargo, & Scaff, 2010).

Além das habilidades de expressão da linguagem, deve-se avaliar o quanto o participante está compreendendo o que lhe é solicitado, sendo imprescindível a avaliação desse componente da função cognitiva linguagem. O Token Test avalia a compreensão de frases simples até mais complexas a partir de comandos que o avaliador vai fornecendo ao paciente. São dispostos sobre a mesa círculos e quadrados (grandes e pequenos) de cores diferentes, tendo o participante de executar ações com eles. No Brasil, há dados normativos de acordo com a escolaridade e com a idade (60 e 89 anos) (Moreira et al., 2011).

A linguagem escrita pode ser avaliada com tarefas de leitura e escrita de palavras e pseudopalavras. No contexto brasileiro, está disponível a Tarefa de Escrita de Palavras/Pseudopalavras (Rodrigues & Salles, 2013) e a Tarefa de Leitura de Palavras/Pseudopalavras (Rodrigues, Nobre, Gauer, & Salles, 2015), ambas para adultos. Nessas tarefas, foram incluídas 72 palavras – divididas em frequentes (24 palavras), não frequentes (24 palavras) e 24 pseudopalavras. Cada grupo de estímulos foi organizado em regular, irregular, curtos e longos. Assim, pode-se verificar se há tendência de o paciente escrever ou ler corretamente apenas palavras curtas, longas ou de uso mais frequente no português, para verificar os processamentos falhos e preservados na escrita/leitura de palavras. Ainda, pode-se verificar se há tipos de erros específicos na leitura e na escrita (p. ex., omissão de letras, neologismos ou regula-

rização) que podem diferenciar casos clínicos de adultos neurologicamente saudáveis (Rodrigues, Pawlowski, Müller, Bandeira, & Salles, 2013).

Avaliação das habilidades visuoconstrutivas e práxicas

A avaliação das habilidades visuoconstrutivas e práxicas geralmente ocorre por meio da realização de desenhos (praxia construtiva ou construcional). A habilidade visuoconstrutiva (ou praxia construtiva) diz respeito à capacidade que um indivíduo tem de integrar partes de estímulos de forma organizada, para que formem um objeto único (Strauss et al., 2006).

Atualmente, no mercado brasileiro, o teste psicológico com normas disponíveis para avaliação da praxia construtiva é o das Figuras Complexas de Rey (Oliveira & Rigoni, 2010). Diferente do que acontece na tarefa para avaliação da memória visual, o paciente é instruído a copiar, à mão, a figura complexa. Em uma avaliação da capacidade de praxia construtiva, observa-se se a cópia do desenho reproduz o modelo nos seguintes aspectos: simetria, proporção, qualidade do traçado, fechamento de ângulo e planejamento, entre outros. Pacientes com transtornos neurocognitivos podem apresentar prejuízos nesse tipo de atividade, especialmente em quadros mais graves (p. ex., transtorno neurocognitivo maior).

Outro instrumento de avaliação de praxias construtivas que em breve estará disponível no mercado nacional é o BVRT (Salles et al., no prelo), já mencionado como instrumento de avaliação de memória visual. O BVRT tem três formas diferentes (C, D e E), cada uma composta por 10 lâminas, com até três figuras geométricas por lâmina. Na versão de avaliação de praxia visuoconstrutiva, o examinando é instruído a copiar cada uma das figuras conforme são apresentadas as lâminas. Trata-se da Administração C da Forma D, na normatização brasileira (Salles et al., no prelo). Em estudo publicado recentemente, em que foram comparados idosos saudáveis e indivíduos com possível demência de Alzheimer, observou-se que idosos com demência cometem mais erros no BVRT, com mais distorções, rotações e trocas de posições nos desenhos, mesmo em se tratando de cópia (Zanini et al., 2014).

Além das Figuras Complexas de Rey (Oliveira & Rigoni, 2010) e do BVRT (Salles et al., no prelo), outro instrumento muito utilizado para a avaliação de idosos é o Teste do Relógio, ou Clock Drawing Test (Tuokko, Hadjistavropoulos, Miller, Horton, & Beattie, 1995). No Brasil, muitos pesquisadores têm se dedicado a estudar a sensibilidade do desenho do relógio para o diagnóstico de demências e sugerido diferentes pontos de corte por idade e escolaridade (De Paula, Miranda, Moraes, & Malloy-Diniz, 2013; A. C Hamdan & Hamdan, 2009; Santana, Duro, Freitas, Alves, & Simões, 2013). Diferentemente do que acontece nas avaliações de praxias construtivas pelas Figuras Complexas de Rey ou pelo BVRT, no Teste do Relógio, o examinando é instruído a desenhar sem um estímulo a ser copiado, devendo desenhar um relógio de ponteiros, marcando um horário específico. Para a aplicação do teste, são necessários apenas uma folha de papel e um lápis, o que torna a tarefa de fácil aplicação e utilizável em contextos hospitalares e em casas geriátricas, bem como quando uma avaliação neuropsicológica completa não é possível (Strauss et al., 2006). Talvez essa seja uma das tarefas de praxias mais sensíveis para a identificação de sintomas sugestivos de um transtorno neurocognitivo. Observa-se a simetria e a proporção do desenho, bem como a presença de todos os elementos importantes, como números e ponteiros.

Avaliação das funções executivas

A expressão funções executivas vem sendo utilizada mais recentemente, desde a década de 1980. Existem diversos modelos teóricos que tentam explicar essas funções (para revisão, ver Jurado & Rosselli, 2007). Porém, discutir os diversos modelos de processos executivos não é o objetivo deste capítulo. De modo geral, as funções executivas referem-se às atividades cognitivas complexas associadas ao comportamento dirigido a objetivos (*goal-directed behavior*). Essas atividades cognitivas podem envolver a resolução de problemas, o planejamento, o julgamento, o raciocínio e a memória prospectiva (Burgess, 1997), entre outras funções cognitivas. Em termos históricos, as funções executivas estão associadas ao processamento cognitivo que ocorre nos lobos frontais (Fuster, 1997; Stuss & Benson, 1986; Stuss & Levine, 2002).

Contudo, independentemente do conceito utilizado de funções executivas ou do modelo teórico, alguns instrumentos são tidos como os mais usados para a avaliação desses processos. Entre eles, destaca-se o Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST; Berg, 1948; Heaton et al., 1993), os testes de fluência verbal (fonológica e por categoria semântica – Controlled Oral Word

Association Tests [COWAT]; Benton & Hamsher, 1989), o teste das trilhas (TMT, Trail Making Test; Reitan, 1955) e o teste Stroop de Cores e Palavras (SCWT; Stroop, 1935).

O WCST (Berg, 1948; Heaton, Chelune, Taley, Kay, & Curtiss, 1993) é um instrumento tido como padrão ouro para avaliação de funções executivas. No Brasil, há uma versão normatizada para idosos (Trentini, Argimon, Oliveira, & Werlang, 2010). Desenvolvido para a avaliação das capacidades de abstração, raciocínio, formação de conceitos e flexibilidade de pensamento, o WCST é composto por quatro cartas-chave e dois baralhos de 64 cartas. O examinando recebe as 128 cartas e deve tentar estabelecer combinações, uma a uma, com as cartas-chave. A tarefa consiste em tentar acertar o princípio de combinação que o examinador tem em mente. A cada jogada, o examinando recebe o *feedback* do examinador – a combinação está certa ou errada. O examinando deve tentar acertar até completar seis categorias.

Os testes de fluência verbal fonêmica (COWAT) e por categoria semântica também são bastante utilizados na avaliação de funções executivas. Na fluência verbal fonêmica, o examinando é orientado a dizer, o mais rápido possível, o maior número de palavras iniciadas com determinada letra. Ao término de um minuto, o mesmo procedimento é repetido outras duas vezes com outras letras. As letras mais utilizadas são F, A e S. Após a fluência fonêmica, costuma-se utilizar a tarefa de fluência verbal por categoria semântica, em que o examinando é orientado a dizer o máximo de palavras possível, no intervalo de um minuto, relativas a determinada categoria semântica predefinida pelo examinador. A tarefa com frequência envolve animais ou peças do vestuário. O teste de fluência fonêmica (FAS) tem normas brasileiras para a população idosa (Machado et al., 2009). Na amostra brasileira, idade e gênero não influenciam o desempenho de idosos no FAS. Além disso, idosos com maior nível de escolaridade têm melhores escores na tarefa do que os pouco escolarizados.

O SCWT é baseado em um experimento da primeira metade do século passado (Stroop, 1935). A tarefa é composta por três cartões. O primeiro é composto por retângulos coloridos. O examinando é orientado a nomear, o mais rápido possível, a cor de cada cartão. O segundo geralmente tem nomes de cores impressos em apenas uma cor, e a tarefa consiste em ler cada uma dessas palavras o mais rapidamente possível. Esses dois cartões avaliam processos atencionais (Strauss et al., 2006). O terceiro cartão, por fim, também traz palavras com nomes de cores, mas com cores incongruentes com as palavras escritas (p. ex., azul está escrito em verde). A tarefa consiste em dizer em que cor a palavra está escrita, sem ler o nome da cor. Esse cartão avalia funções executivas, sobretudo o componente de controle inibitório (Strauss et al., 2006). Existem normas brasileiras para a interpretação do desempenho de adultos e idosos no SCWT (Campanholo et al., 2014; Klein, Adda, Miotto, De Lucia, & Scaff, 2010).

O TMT (Reitan, 1955) consiste em duas folhas de papel – partes A e B. Na parte A, o examinando precisa ligar círculos numerados, o mais rapidamente possível, conforme a ordem dos algarismos arábicos (1, 2, 3, 4, etc.). A parte A do teste avalia a capacidade atencional do examinando. Na parte B, a tarefa também consiste em ligar círculos, mas aqui há alguns com números e outros com letras. O examinando deve ligar esses círculos o mais rapidamente que puder, dessa vez alternando entre números e letras (1, A, 2, B, 3, C, 4, D, etc.). A parte B do teste avalia tanto a capacidade atencional como as funções executivas. Dos componentes executivos, essa parte do TMT avalia o *shifting* (alternância entre processos) (Strauss et al., 2006). Existem normas brasileiras para a interpretação do desempenho de adultos e idosos no TMT (Alves, Zaninotto, Miotto, De Lucia, M, & Scaff, 2010; Campanholo et al., 2014; A. C. Hamdan & Hamdan, 2009). No Brasil, uma alternativa para a utilização do TMT é o Teste das Trilhas Coloridas (TTC) (Leme, Rabelo, Pacanaro, & Rosseti, 2010).

Salienta-se que existem diversos outros testes e técnicas de avaliação de funções executivas que podem ser utilizados na avaliação mais ampla desses processos. Inclusive, recomenda-se inserir avaliações ecológicas dessas funções, a fim de que sejam identificadas dificuldades que podem aparecer na rotina do paciente e que não são detectáveis em uma avaliação formal de consultório (para discussão, ver Chan, Shumb, Toulopoulou, & Chen, 2008).

Para finalizar as indicações de avaliações psicológicas, apresentamos, a seguir, uma vinheta clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste capítulo foi apresentar uma atualização sobre as novas concepções diagnós-

VINHETA CLÍNICA / 30.1

Pedro, 61 anos, serralheiro, chegou acompanhado de uma de suas três filhas. Ele não tinha alterações de saúde graves, e os exames laboratoriais e de neuroimagem eram adequados para sua idade. Na entrevista inicial, apresentou-se desinibido, alegou que só havia comparecido à consulta devido à insistência das filhas e da esposa. Em entrevista em separado, a filha relatou que o comportamento do pai havia mudado. Ele começou a fazer brincadeiras com mulheres na rua (o que nunca havia feito) e estava muito irritável quando contrariado. Essas mudanças haviam começado há um ano e, como sempre fora um sujeito calmo e respeitoso, logo chamaram a atenção da família. Nos testes de rastreio (MEEM), o paciente apresentou desempenho cognitivamente preservado. No entanto, ao não conseguir realizar uma tarefa, ficou visivelmente irritado, mas acabou fazendo piadas sobre seu desempenho.

Na avaliação neuropsicológica, o paciente teve bom desempenho nas tarefas de orientação, percepção, linguagem, memórias verbal e visual. Contudo, teve dificuldades de atenção concentrada, memória operacional e em tarefas que exigiam funções executivas, principalmente aquelas que avaliam flexibilidade mental e inibição. A partir desses resultados, foram detectados impactos das dificuldades cognitivas no dia a dia do paciente. Também foram realizados exames para averiguar a presença de doenças psiquiátricas, como transtorno depressivo maior e transtorno bipolar. Nenhuma outra condição psiquiátrica ou neurológica parecia justificar os sintomas observados.

Os dados da avaliação neuropsicológica, a idade do paciente e as manifestações comportamentais foram apresentados em um parecer neuropsicológico. A partir dos resultados dessa avaliação e dos demais exames clínicos, o médico de referência diagnosticou um transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal, sendo mais provável a variante comportamental.

ticas dos transtornos neurocognitivos, incluindo informações sobre as alterações morfofisiológicas e, principalmente, as mudanças cognitivas resultantes dessas condições. Optou-se por detalhar os transtornos neurocognitivos mais frequentes em idosos – devido à doença de Alzheimer, às doenças neurovasculares, aos corpúsculos de Levy e à degeneração frontotemporal. Além disso, foram apresentadas algumas considerações importantes sobre a avaliação dos transtornos neurocognitivos em idosos, independentemente da etiologia, em termos de investigação clínica e de avaliação cognitiva detalhada, com sugestões de instrumentos de avaliação. Por fim, apresentamos um caso clínico abreviado, como forma de exemplificar a avaliação psicológica de um transtorno neurocognitivo. Em suma, objetivou-se instrumentalizar o psicólogo clínico no que diz respeito à avaliação e à identificação de alguns dos transtornos neurocognitivos mencionados no DSM-5. Para finalizar, a sequência de passos a ser observada na avaliação psicológica ou neuropsicológica desses transtornos está sintetizada no Quadro 30.3 para facilitar a compreensão do leitor.

QUADRO 30.3
Etapas na avaliação (neuro)psicológica dos transtornos neurocognitivos

1. Entrevista clínica:
   - Investigar a "queixa" do paciente e do informante (familiar ou clínico).
   - Questionar sobre antecedentes familiares de transtorno neurocognitivo, bem como acerca dos seguintes fatores: dificuldades sensoriais ou motoras, escolaridade, frequência de leitura e de escrita, uso de medicação e informações gerais.
2. Instrumentos de rastreio ou breves:
   - Utilizar instrumentos de rastreio e/ou breves para identificação de dificuldades cognitivas mais severas e/ou funções mais prejudicadas.
3. Avaliação cognitiva:
   - Quantificar e qualificar as dificuldades cognitivas existentes, por meio da avaliação de cada um dos grandes sistemas cognitivos: atenção e velocidade de processamento, sistemas de memória, linguagem (oral e escrita), habilidades visuoconstrutivas, e práxicas e funções executivas.
4. Escalas adicionais:
   - Avaliar funcionalidade (atividades básicas e instrumentais), bem como identificar possíveis dificuldades emocionais sugestivas de transtornos psiquiátricos (p. ex., sintomas depressivos).

REFERÊNCIAS

Almeida, O. P. (1998). Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 56*(3B), 605-612.

Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 57*(2-B), 421-426.

Alves, F. O., Zaninotto, A. L. C., Miotto, E. C., De Lucia, M. C. S., & Scaff, M. (2010). Avaliação da atenção sustentada e alternada em uma amostra de adultos saudáveis com alta escolaridade. *Psicologia Hospitalar, 8*(2), 89-105.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington: APA.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Balthazar, M. L. F., Cendes, F., & Damasceno, B. P. (2008). Semantic error patterns on the Boston Naming Test in normal aging, amnestic mild cognitive impairment, and mild Alzheimer's disease: Is there semantic disruption? *Neuropsychology, 22*(6), 703-709.

Beck, A. T, Steer, R., & Brown, G. (1996). *BDI-II: Beck Depression inventory-II Manual*. New York: The Psychological.

Benton Sivan, A. (1992). *Benton visual retention test*. San Antonio: The Psychological.

Benton, A. L., & Hamsher, K. (1989). *Multilingual aphasia examination*. Iowa: AJA.

Berg, E. A. (1948). A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *Journal of General Psychology, 39*, 15-22.

Bertolucci, P. H. F, Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 52*(1), 1-7.

Bertolucci, P. H. F., Okamoto, I. H., Brucki, S. M. D., Siviero, M. O., Toniolo Neto, J., & Ramos, L. R. (2001). Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 59*, 532-536.

Bertolucci, P. H. F., Okamoto, I. H., Toniolo Neto, J., Ramos, L. R., & Brucki, S. M. D. (1998). Desempenho da população brasileira na bateria neuropsicológica do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). *Revista de Psiquiatria Clínica, 25*, 80-83.

Bittencourt, M. S. B. (2000). *Teste D2: Atenção concentrada*. São Paulo: CETEPP.

Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 61*(3B), 777-781.

Bueno, D. R. S., & Dalgalarrondo, P. (2013). Caracterização do status cognitivo de idosos com depressão: Influência da idade e da escolaridade. *Revista de Ciências Médicas, 22*(3), 129-135.

Burgess, P. W. (1997). Theory and methodology in executive function research. In P. Rabbit (Ed.), *Methodology of frontal and executive function*. East Sussex: Psychology.

Cambraia, S. V. (2003). *Teste AC: Atenção concentrada*. São Paulo: Vetor.

Campanholo, K. R., Romão, M. A., Machado, M. A. R., Serrao, V. T., Coutinho, D. G. C., Benute, G. R. G., ... Lucia, M. C. S. de. (2014). Performance of an adult Brazilian sample on the trail making test and stroop test. *Dementia & Neuropsychologia, 8*(1), 26-31.

Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*, 7-10.

Carvalho, J. A. M., & Rodriguez-Wong, L. L. (2008). A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cadernos de Saúde Pública, 24*(3), 597-605.

Carvalho, V. A., & Caramelli, P. (2007). Brazilian adaptation of the Addenbrooke's cognitive examination-revised (ACE-R). *Dementia & Neuropsychologia, 1*(2), 212-216.

Carvalho, V. A., Barbosa, M. T., & Caramelli, P. (2010). Brazilian version of the Addenbrooke cognitive examination-revised in the diagnosis of mild Alzheimer disease. *Cognitive and Behavioral Neurology, 23*(1), 8-13.

Chan, R. C. K., Shumb, D., Toulopoulou, T., & Chen, E. Y. H. (2008). Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology, 23*, 201-216.

Charchat Fichman, H., Dias, L. B. T., Fernandes, C. S., Lourenço, R., Caramelli, P., & Nitrini, R. (2010). Normative data and construct validity of the Rey auditory verbal learning test in a Brazilian elderly population. *Psychology & Neuroscience, 3*(1), 79-84.

Chaves, M. L., & Izquierdo, I. (1992). Differential diagnosis between dementia and depression: A study of efficiency increment. *Acta Neurologica Scandinavica, 11*, 412-429.

Cunha, J. A. (2001). *Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

De Paula, J. J., Miranda, D. M., Moraes, E. N., & Malloy-Diniz, L. F. (2013). Mapping the clockworks: What does the Clock Drawing Test assess in normal and pathological aging? *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 71*(10), 763-768.

Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E., & Ober, B. A. (2000). *California verbal learning test: Adult version* (2nd ed.). United States: Pearson.

Duca, G. F. D., Silva, M. C., & Hallal, P. C. (2009). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública, 43*(5), 796-805.

Engelhardt, E., Tocquer, C., André, C., Moreira, D. M., Okamoto, I. H., & Sá Cavalcanti, J. L. D. (2011). Vascular dementia: Cognitive, functional and behavioral assessment. Recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. Part II. *Dementia and neuropsychologya, 5*(4), 5-10.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. *Journal of Psychiatry Resources, 12*, 189-198.

Fonseca, R. P., Salles, J. F., & Parente, M. A. M. (2009). Instrumento de avaliação neuropsicológica breve NEUPSILIN. São Paulo: Vetor.

Foss, M. P., Bastos-Formigheri, M. S., & Speciali, J. G. (2010). Figuras complexas de Rey para idosos. *Avaliação Psicológica, 9*(1), 53-61.

Frota, N. A. F., Nitrini, R., Damasceno, B. P., Forlenza, O., Dias-Tosta, E., Silva, A. B. D., ... & Magaldi, R. M. (2011). Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. *Dementia and neuropsychologya, 5*(Supl 1), 5-10.

Fuster, J. (1997). *The prefrontal cortex: Anatomy, physiology and neuropsychology of the frontal lobe*. New York: Raven.

Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. L., & Werlang, B. S. G. (2011). *BDI-II – inventário de depressão de Beck* (2nd ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Hamdan, A. C., & Hamdan, E. M. L. R. (2009). Teste do desenho do relógio: Desempenho de idosos com doença de Alzheimer. *RBCEH, 6*(1), 98-105.

Heaton, R. K., Chelune, G. J., Taley, J. L., Kay, G. G., & Curtiss, G. (1993). *Wisconsin card sorting test manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Jurado, M. B., & Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: A review of our current understanding. *Neuropsychology Review, 17*, 213-233.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of American Medical Association, 185*, 914-919.

Klein, M., Adda, C. C., Miotto, E. C., De Lucia, M. C. S., & Scaff, M. (2010). O paradigma stroop em uma amostra de idosos brasileiros. *Psicologia Hospitalar, 8*(1), 93-112.

Kochhann, R., Varela, J. S., Lisboa, C. S. M., & Chaves, M. L. F. (2010). The mini mental state examination: Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Dementia and Neuropsychologia, 4*(1), 35-41.

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist, 9*, 179-186.

Leme, I. F. S., Rabelo, I. S., Pacanaro, S. V., & Rosseti, M. O. (2010). *Teste de trilhas coloridas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lino, V. T. S., Pereira, S. R. M., Camacho, L. A. B., Ribeiro Filho, S. T., & Buksman, S. (2008). Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública, 24*(1), 103-112.

Machado, T. H., Fichman, H. C., Santos, E. L., Carvalho, V. A., Fialho, P. P., Koenig, A. M., ... Caramelli, P. (2009). Normative data for healthy elderly on the phonemic verbal fluency task - FAS. *Dementia & Neuropsychologia, 3*(1), 55-60.

Magalhães, S. S., & Hamdan, A. C. (2010). The Rey auditory verbal learning test: normative data for the Brazilian population and analysis of the influence of demographic variables. *Psychology and Neuroscience, 3*(1), 85-91.

Malloy-Diniz, L. F. M., Lasmar, V. A. P., Gazinelli, L. S. R., Fuentes, D., & Salgado, J. V. (2007). The Rey auditory-verbal learning test: Applicability for the Brazilian elderly population. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*, 324-329.

Mansur, L. L., Radanovic, M., Araújo, G. C., Taquemori, L. Y., & Greco, L. L. (2006). Teste de nomeação de Boston: Desempenho de uma população de São Paulo. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica,18*(1), 13-20.

Mello, E., & Teixeira, M. B. (2011). Depressão em idosos. *Revista Saúde, 5*(1), 42-53.

Memória, C. M., Yassuda, M. S., Nakano, E. Y., & Forlenza, O. V. (2013). Brief screening for mild cognitive impairment: Validation of the Brazilian version of the Montreal cognitive assessment. *International Journal of Geriatric and Psychiatry, 28*(1), 34-40.

Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's cognitive examination revised (ACE-R): A brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 1078-1085.

Miotto, E. C., Sato, J., Lucia, M. C. S., Camargo, C. H. P., & Scaff, M. (2010). Development of an adapted version of the Boston Naming Test for Portuguese speakers. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 32*(3), 279-282.

Moreira, L., Schlottfeldt, C. G., Paula, J. J., Daniel, M. T., Paiva, A., Cazita, V., ... Malloy-Diniz, L. F. (2011). Estudo normativo do Token Test versão reduzida: Dados preliminares para uma população de idosos brasileiros. *Revista de Psiquiatria Clínica, 38*(3), 97-101.

Morris, J. C., Mohs, R. C., Rogers, H., Fillenbaum, G., & Heyman, A. (1988). Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD): Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Psychopharmacology Bulletin, 24*(4), 641-652.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive Impairment. *Journal of American Geriatric Psychiatry, 53*, 695-699.

Oliveira, M. S., & Rigoni, M. S. (2010). *Figuras complexas de Rey: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Parente, M. A. M. P., Carthery-Goulart, T. C., Zimmermann, N., & Fonseca, R. P. (2012). Sociocultural factors in Brazilian neuropsycholinguistic studies. *Psychology and Neuroscience, 5*(2), 125-133.

Paulo, D. L. V., & Yassuda, M. S. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica, 37*(1), 23-26.

Pawlowski, J., Fonseca, R. P., Salles, J. F., Parente, M. A. M. P., & Bandeira, D. R. (2008). Evidências de validade do instrumento de avaliação neuropsicológica breve NEUPSILIN. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 60*, 101-116.

Pawlowski, J., Remor, E., Salles, J. F., Parente, M. A. M. P., Fonseca, R. P., & Bandeira, D. R. (2014). Evidências de validade de construto do NEUPSILIN utilizando análise fatorial confirmatória. *Actualidades en Psicología, 28*, 37-52.

Pawlowski, J., Rodrigues, J. C., Martins, S. C. O., Brondani, R., Chaves, M. L. F., Fonseca, R. P., ... Bandeira, D. R. (2013). Avaliação neuropsicológica breve de adultos pós-acidente vascular cerebral em hemisfério esquerdo. *Avances en Psicología Latinoamericana, 31*(1), 33-45.

Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia, 9*(1), 63-75.

Reitan, R. M. (1955). The relation of the Trail Making Test to organic brain damage. *Journal of Consulting Psychology, 19*, 393-394.

Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Universitaire de France.

Rodrigues, J. C., & Salles, J. F. (2013). Tarefa de escrita de palavras/pseudopalavras para adultos: Abordagem da neuropsicologia cognitiva. *Letras de Hoje, 48*(1), 50-58.

Rodrigues, J. C., Nobre, A., Gauer, G., & Salles, J. F. (2015). Construção da tarefa de leitura de palavras e pseudopalavras (TLPP) e desempenho de leitores proficientes. *Temas em Psicologia, 23*(2), 413-429.

Rodrigues, J. C., Pawlowski, J., Müller, J. L., Bandeira, D. R., & Salles, J. F. (2013). Comparação dos erros na escrita de palavras entre adultos após AVC unilateral nos hemisférios cerebrais. *Revista Neuropsicología Latinoamericana, 5*(4), 1-14.

Salles, J. F., Bandeira, D. R., Trentini, C. M., Segabinazi, J. D., & Hutz, C. S. (No prelo). *Manual do teste de retenção visual de Benton*. São Paulo: Vetor.

Santana, I., Duro, D., Freitas, S., Alves, L., Simões, M. R. (2013). The Clock Drawing Test: Portuguese norms, by age and education, for three different scoring systems. *Archives of Clinical Neuropsychology, 28*(4), 375-87.

Strauss, E., Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests*. Oxford: Oxford University.

Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology, 18*(6), 643-662.

Sturman, M. M., Vaillancourt, D. E., & Corcos, D. M. (2005). Effects of aging on the regularity of physiological tremor. *Journal of Neurophysiology, 93*(6), 3064-3074.

Stuss, D. T., & Benson, D. F. (1986). *The frontal lobes*. New York: Raven.

Stuss, D. T., & Levine, B. (2002). Adult clinical neuropsychology: Lessons from studies of the frontal lobes. *Annual Review of Psychology, 53*, 401-433.

Trentini, C. M., Argimon, I., Oliveira, M. S., & Werlang, B. G., (2010). Teste Wisconsin de classificação de cartas: Versão para idosos. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tuokko, H., Hadjistavropoulos, T., Miller, J. A., Horton, A., & Beattie, B. L. (1995). *The Clock Test: Administration and scoring manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

Wechsler, D. (1945). A standardized memory scale for clinical use. *The Journal of Psychology, 19*, 87-95.

Wechsler, D. (2004). *WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos* (3. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wechsler, D. (2009). *Wechsler Memory Scale (WMS-IV UK)* (4th ed.). San Antonio: Pearson.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., & Lurn, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatry Resources, 17*, 37-49.

Zanini, A. M., Wagner, G. P., Zortea, M., Segabinazi, J. D., Salles, J. F., Bandeira, D. R., ... Trentini, C. M. (2014). Evidence of criterion validity for the Benton visual retention test: Comparison between older adults with and without a possible diagnosis of Alzheimer's disease. *Psychology & Neuroscience, 7*(2), 131-138.

31

ESTUDOS DE CASO EM PSICODIAGNÓSTICO: CRIANÇA, ADOLESCENTE E ADULTO

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira
Mônia Aparecida Silva
Denise Balem Yates

O psicodiagnóstico, de modo geral, compreende um processo de investigação e estudo das características e funções psicológicas de um indivíduo, a fim de responder à questão que demandou a avaliação psicológica. As tarefas do psicólogo, na avaliação em contexto clínico, são: 1) identificar a demanda pela avaliação; 2) levantar as hipóteses diagnósticas; 3) elaborar as estratégias de avaliação; 4) analisar os resultados; 5) integrar os resultados; 6) tomar as decisões diagnósticas e chegar a conclusões clínicas; 7) indicar os recursos e/ou encaminhamentos; e 8) fazer a devolutiva dos resultados. Não é objetivo deste capítulo descrever os passos do processo psicodiagnóstico, tais informações poderão ser encontradas em outros capítulos deste livro. O objetivo aqui é apresentar três casos de psicodiagnósticos de pessoas em diferentes fases do ciclo vital, para ilustrar, na prática, algumas maneiras possíveis de condução de um psicodiagnóstico.

Os procedimentos aqui relatados não são uma "fórmula" a seguir na realização de um psicodiagnóstico, uma vez que há diferentes formas de se conduzir uma avaliação psicológica no contexto clínico. Além disso, a atuação profissional é sempre circunscrita e parcial, uma vez que as características pessoais e profissionais do psicólogo delimitam o foco de sua prática. Os casos aqui relatados refletem uma prática de psicodiagnóstico que busca fundamentar suas conclusões em uma abordagem multimétodo, em que os dados são coletados por meio de diversas técnicas (entrevistas, observações, testes psicológicos, etc.), e, muitas vezes, via diferentes informantes (paciente, familiares, profissionais que os acompanham, etc.). O modelo que utilizamos visa a comunicação dos resultados com equipes multidisciplinares (profissionais da saúde, da assistência social, da educação, etc.). Dessa forma, usamos linguagem neutra de afiliações teóricas, cuja compreensão dos termos estaria estritamente vinculada às teorias que os propõem (contudo, quando necessária a utilização de algum termo técnico, uma breve explicação conceitual é fornecida, uma vez que os resultados do psicodiagnóstico devem ser compreensíveis para o paciente e demais interessados). Nosso modelo compreende uma perspectiva fenomenológica e descritiva das variáveis psicológicas estudadas no psicodiagnóstico, cujos resultados são analisados em quatro grandes eixos: 1) aspectos sadios e potencialidades do funcionamento psicológico; 2) aspectos patológicos e deficitários; 3) influência dos aspectos culturais, ambientais e desenvolvimentais sobre as variáveis psicológicas estudadas; e 4) identificação, quando presente, de algum quadro nosológico de acordo com os principais manuais diagnósticos de transtornos mentais vigentes na atualidade, a saber, a *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*, 10ª revisão (CID-10) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2000) e a quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Cabe ressaltar que os casos aqui apresentados foram avaliados no Centro de Avaliação Psicológica (CAP). O CAP é um serviço-escola especializado em avaliação psicológica, vinculado ao Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (para mais detalhes, ver Borsa, Oliveira, Yates, & Bandeira, 2013; Yates & Bandeira, 2015). Todos os pacientes e seus responsáveis legais autorizaram a publicação dos resultados das avaliações por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE: 06289912.9.0000.5334). Os nomes e alguns dados relatados foram alterados de modo a garantir o anonimato dos indivíduos, contudo, essas alterações não influenciam os objetivos propostos neste capítulo.

CASO CLÍNICO 1 CRIANÇA: "ELA TEM UM ATRASO DE TRÊS ANOS E É MUITO IMATURA"

Descrição da demanda

Ana, 8 anos, cursando o 2º ano do ensino fundamental em uma escola pública. A menina foi encaminhada pela neurologista que a atendia para avaliação das funções cognitivas. As principais queixas trazidas pela família se referiam a dificuldades de aprendizagem escolar, de fluência da fala e do desenvolvimento da motricidade. Sua mãe teve problemas psiquiátricos durante e após a gravidez, e, por isso, os avós maternos assumiram os cuidados de Ana. As informações sobre a história de vida da menina foram fornecidas pelos avós.

História clínica

Ana é a única filha de Maria. A gestação da menina não foi planejada, mas desejada pela família da mãe. Ela nasceu de parto normal, com 37 semanas de gestação, um de seus índices Apgar foi 10, e não apresentou problemas após o parto. Segundo relato dos avós, a mãe de Ana namorava o pai da menina quando engravidou, mas ele a abandonou no terceiro mês de gestação. Após o ocorrido, Maria teve depressão até o final da gestação, no período pós-parto e, também, depois do nascimento da menina. Assim, os avós maternos, Iolanda e Antônio, assumiram os cuidados de Ana desde seu nascimento. A mãe rejeitou a recém-nascida, não quis pegá-la no colo e nem queria vê-la. No retorno do hospital para casa, Maria teve um episódio psicótico breve e foi internada em uma clínica psiquiátrica por uma semana. Maria também passou por outras internações psiquiátricas para tratamento da depressão, sendo que a última havia ocorrido quatro anos antes do momento da anamnese (a família não soube precisar o número total de internações). Além disso, a neurologista tinha estimado que Maria tinha um "atraso de cinco anos" no desenvolvimento intelectual, segundo relatado por Iolanda. No momento da avaliação, Ana morava com os avós e com a mãe, que também dependia de cuidados da família.

A avó da menina relatou que, passados seis meses de seu nascimento, Maria melhorou parcialmente do quadro depressivo e passou a ajudar nos cuidados da filha, embora necessitando de supervisão. Segundo Iolanda, Ana "foi uma criança muito rápida", que começou a caminhar com 9 meses e a falar as primeiras palavras aos 8 meses. A avó referiu que a menina "já falava tudo" aos 2 anos, embora fosse difícil compreendê-la em alguns momentos. Ana apresentou dificuldades no controle esfincteriano, e só houve a retirada completa das fraldas aos 4 anos. No momento da avaliação, ainda necessitava de ajuda para ir ao banheiro, apresentando dificuldades para limpar-se e vestir-se, segundo a avó. Além disso, não conseguia vestir a roupa sozinha, amarrar cadarços ou tomar banho sem supervisão.

Aos 4 anos de idade, Ana sofreu uma queda na varanda de casa, foi hospitalizada e fez exames, mas não houve traumas ou outras consequências. Quando tinha 6 anos, teve uma crise convulsiva. O neurologista diagnosticou epilepsia e receitou ácido valproico, medicamento que usava desde então. Iolanda também relatou que Ana teve um "surto psicótico" aos 7 anos, pois ela relatava ver cobras em todo lugar. A paciente foi levada à emergência psiquiátrica, ficando internada por oito dias. Desde então, realizava acompanhamento psiquiátrico e fazia uso de risperidona. No momento da anamnese, além do acompanhamento neurológico, Ana estava fazendo tratamento com uma fonoaudióloga havia dois meses, uma vez por semana, devido às dificuldades na articulação das palavras. Apesar de ter começado a falar cedo, por vezes era incompreensível, principalmente em outros contextos que não o familiar. Essas dificuldades de fala haviam surgido já nas fases iniciais do desenvolvimento.

Ana entrou na creche com 2 meses de idade. Aos 7 anos, começou a frequentar a escola e, no turno inverso, o Serviço de Apoio Socioeducativo (SASE) oferecido pela Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) de Porto Alegre (RS). O SASE é direcionado ao atendimento de crianças em situação de vulnerabilidade econômica e social, oferecendo alimentação, apoio psicossocial e pedagógico.

Segundo Iolanda, a adaptação da menina na escola não foi fácil, havendo dificuldades na interação social com os novos colegas, que roubavam sua merenda e faziam *bullying* contra ela. Após alguns meses, o problema diminuiu, e Ana se adaptou melhor ao ambiente escolar. Entretanto, no que diz respeito ao aprendizado, ela sempre apresentou muitas dificuldades e não conseguia ler, escrever, juntar sílabas ou acompanhar as atividades da aula. Por esse motivo, começou a fazer aulas de reforço na escola uma vez por semana. Segundo a avó, nas primeiras consultas com a neurologista, a profissional referiu que a menina apresentava um "atraso de três anos", sendo "regressiva e imatura".

No momento da avaliação, Ana dormia junto com a mãe, embora tivesse a própria cama no mesmo quarto. Segundo os avós, a menina sempre preferiu dormir com Maria, que não insistia para que Ana mudasse de cama. Iolanda relatou que Ana era muito apegada a todos da casa e, especialmente, a uma tia que era também sua madrinha e ajudava em seus cuidados.

Procedimentos

Após a entrevista de anamnese e coleta de informações sobre a menina, bem como a análise de seus exames médicos e tratamentos de saúde prévios, foram estabelecidas algumas hipóteses a serem testadas na avaliação. Para responder às causas das dificuldades de Ana, levantou-se a hipótese de prejuízos em quatro áreas de funcionamento:

- Inteligência: a principal hipótese diagnóstica foi de um funcionamento intelectual rebaixado. As dificuldades de aprendizado escolar, os relatos de prejuízos na funcionalidade (p. ex., dificuldades para manter a higiene e o autocuidado) e os problemas na fala e na motricidade poderiam indicar um funcionamento cognitivo abaixo do esperado. Além disso, a epilepsia é um marcador diagnóstico de baixa capacidade intelectual. Assim, a estimativa do quociente intelectual (QI) tornou-se aspecto central a ser avaliado no psicodiagnóstico.
- Aspectos emocionais e afetivos: no relato dos avós de Ana, ficaram evidentes situações potencializadoras de conflitos emocionais para a menina. A mãe e, como consequência, a menina foram abandonadas pelo pai. Ana foi registrada pelos avós e, em sua certidão de nascimento, constava apenas o nome da mãe. Maria rejeitou a menina no nascimento e voltou a interagir com ela apenas seis meses depois. Dessa forma, observou-se que a história de Ana foi marcada por rejeições. Além disso, ela teve uma "crise psicótica", segundo sua avó, e havia antecedentes psiquiátricos na família, tornando-se relevante avaliar possíveis implicações desses eventos sobre a vivência emocional e afetiva da menina. Assim, pensou-se em avaliar o funcionamento emocional da paciente a fim de identificar possíveis conflitos que pudessem influenciar seu baixo desempenho acadêmico e suas dificuldades na execução das atividades da vida diária.
- Atenção: caso uma reduzida capacidade intelectual ou problemas emocionais fossem descartados, as dificuldades da menina poderiam ser decorrentes de problemas na retenção da informação (déficit na atenção).
- Habilidades de leitura, escrita e aritmética: se fossem descartadas outras causas que explicassem as dificuldades de Ana, habilidades mais específicas poderiam ser avaliadas. Na história clínica, foi constatado histórico de dificuldades para ler, escrever e juntar sílabas. Se suas dificuldades envolvessem apenas essas habilidades, a investigação de hipótese diagnóstica de transtorno específico da aprendizagem poderia ser relevante.

Diante das hipóteses advindas do encaminhamento e da entrevista de anamnese com os avós de Ana, definiu-se um plano inicial de avaliação. Na primeira sessão com a menina, foi realizada uma hora do jogo diagnóstica. O objetivo dessa técnica foi compreender como a criança, por meio do brincar, expressava sua compreensão do mundo, bem como os seus conflitos. Também foram utilizados jogos pedagógicos para verificar se Ana tinha habilidades de contagem de números, distinção de cores, reconhecimento de letras e capacidade de entender regras de jogos.

A partir da primeira sessão, foram definidos os primeiros testes psicológicos a serem utiliza-

dos, considerando as qualidades psicométricas e a existência de normas para comparação do desempenho da paciente, bem como a aprovação do teste pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi). A Tabela 31.1 apresenta os testes psicológicos utilizados na avaliação.

O psicodiagnóstico de Ana foi realizado em seis atendimentos de uma hora cada. Além disso, foi realizada uma sessão para a devolução dos resultados, primeiramente com a menina e, depois, com os avós e a mãe. Foram também sugeridos encaminhamentos para tratar das principais dificuldades da menina.

Resultados

Na Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV), o desempenho apresentado por Ana foi classificado como extremamente baixo. Seus resultados se situaram entre 2 e 3 desvios-padrão abaixo do esperado para a idade. Seu nível de funcionamento intelectual era igual ou superior a apenas 0,1% das crianças da sua faixa etária (QI total = 53; intervalo de confiança de 95% = 49 a 59).

A análise de comparação entre as discrepâncias do WISC-IV indicou que a paciente apresentou desempenho relativamente menos prejudicado em tarefas que envolviam o conhecimento da linguagem e abstrações verbais (ICV) e habilidades de análise e síntese visuoespacial e atenção seletiva visual (IOP). A habilidade que se encontrava mais deficitária era a de memória operacional (IMO), que exige que a criança retenha determinadas informações e as organize para o desempenho de uma diversidade de ações. A Tabela 31.2 apresenta os principais resultados de Ana no teste WISC-IV.

Tendo em vista o desempenho inferior para a idade no teste WISC-IV, foi utilizada a Escala de Maturidade Mental Colúmbia como medida complementar para a avaliação do desenvolvimento cognitivo de Ana. Optou-se por essa escala para verificar se o baixo desempenho da menina no WISC-IV seria confirmado, descartando-se a influência das dificuldades de linguagem. A Escala Colúmbia avalia a inteligência por meio de respostas não verbais, sendo recomendada para crianças com dificuldades de linguagem ou motoras, incluindo deficiência intelectual. Os resultados (Tab. 31.3) sugeriram que o desempenho da menina no teste foi igual ou superior a somente 27% das crianças de sua faixa etária.

Apesar das queixas de problemas motores da paciente e de ela fazer uso da risperidona (medicamento que pode ter efeito negativo sobre a psicomotricidade), optou-se pela aplicação experimental do Teste do Desenho da Figura Humana (DFH-III). De fato, o DFH serviu como "técnica ponte" entre a aplicação de outras tarefas avaliativas, dado seu caráter lúdico e de baixo custo. Essa técnica foi empregada de modo a dinamizar a sessão de avaliação, para que a paciente permanecesse engajada nas atividades que demandavam maiores investimentos cognitivos. Contudo, apesar de sua possível contraindicação ao caso, devido às dificuldades motoras previamente apontadas, optou-se por pontuar os desenhos, dadas suas pobres características gráficas.

Observou-se nos desenhos que as dificuldades motoras não eram as únicas variáveis a influenciar a produção gráfica. Os desenhos eram empobrecidos para a idade, sem distinção sexual e não apresentaram alguns itens esperados da figura humana (boca, nariz, pernas e pés). Observou-se que a maturidade cognitiva não foi alcançada para a realização dos desenhos. Além disso, levantou-se a hipótese de que fatores emocionais também podem ter interferido na pro-

TABELA 31.1
Testes e técnicas empregados no caso Ana

Teste	Autores	Funções psicológicas
Escalas Wechsler de Inteligência para Crianças – Quarta Edição (WISC-IV)	Rueda, Noronha, Sisto, Santos, & Castro, 2012	Inteligência e funções cognitivas
Escala de Maturidade Mental Colúmbia	Burgemeister, Blum, Bras, Alves, & Duarte, 2001	Inteligência e raciocínio
Desenho da Figura Humana (DFH-III)	Wechsler, 2003	Desenvolvimento cognitivo não verbal

TABELA 31.2
Resultados da paciente Ana no teste WISC-IV

Escalas	Soma dos pontos ponderados	QI/índices	Percentil	Intervalo de confiança 95%	Interpretação
Compreensão verbal	13	65	1	60-75	- 2 DP
Organização perceptual	13	65	1	60-75	- 2 DP
Memória operacional	2	45	<0,1	42-56	- 3 DP
Velocidade de processamento	4	52	0,1	49-67	- 3 DP
QI total	32	53	0,1	49-59	- 3 DP

Comparação entre as discrepâncias*

Índices/ subtestes	Pontos compostos/ ponderados 1		Pontos compostos/ ponderados 2		Diferença	Valor crítico	Diferença significativa (Sim) ou (Não)	Frequência acumulada
ICV - IOP	ICV	65	IOP	65	0	10,60	Não	
ICV - IMO	ICV	65	IMO	45	20	10,81	Sim	9,0%
ICV - IVP	ICV	65	IVP	52	13	12,68	Sim	22,8%
IOP - IMO	IOP	65	IMO	45	20	10,78	Sim	7,5%
IOP - IVP	IOP	65	IVP	52	13	12,65	Sim	22,6%
IMO - IVP	IMO	45	IVP	52	-7	12,77	Não	
DG - SNL	DG	1	SNL	1	0	2,69	Não	
CD - PS	CD	1	PS	3	-2	3,55	Não	
SM - CN	SM	6	CN	5	1	3,02	Não	

Determinação das facilidades e dificuldade**

Subtestes	Pontos ponderados	Média dos pontos ponderados	Diferença da média	Valor crítico	Facilidade ou dificuldade (F) ou (D)	Frequência acumulada
CB	6	3,2	2,8	2,95		
SM	6	3,2	2,8	2,63	F	10-25%
DG	1	3,2	-2,2	2,67		
CN	5	3,2	1,8	3,17		
CD	1	3,2	-2,2	3,17		
VC	5	3,2	1,8	3,05		
SNL	1	3,2	-2,2	2,58		

TABELA 31.2
Resultados da paciente Ana no teste WISC-IV

RM	2	3,2	-1,2	2,56
CO	2	3,2	-1,2	3,43
PS	3	3,2	-0,2	3,55

Notas: *Base para comparação: amostra geral e nível de significância estatística = 0,05; **Base para comparação: média geral e nível de significância estatística = 0,05; DP = desvio-padrão; QI = quociente de inteligência; QIT = QI total; IVP = índice de velocidade de processamento; IOP = índice de organização perceptual; IMO = índice de memória operacional; ICV = índice de compreensão verbal; CB = subteste cubos; SM = subteste semelhanças; DG = subteste dígitos; CN = subteste conceitos figurativos; CD = subteste códigos; VC = subteste vocabulário; RM = subteste raciocínio matricial; CO = subteste compreensão; SNL = subteste sequência de números e letras; PS = subteste procurar símbolos.

TABELA 31.3
Resultados de Ana na Escala de Maturidade Mental Colúmbia

Nível aplicado	G (8 anos a 8 anos e 5 meses)
Total de Pontos Brutos	25
Resultado Padrão de Idade	90
Percentil	27
Estanino	4
Índice de Maturidade	75 (7anos e 6 meses a 7anos e 11 meses)

dução gráfica da paciente, consideradas as abordagens projetivas das técnicas de desenhos. Os resultados (Tab. 31.4) indicaram que o desempenho de Ana no teste foi igual ou superior a apenas 1% das crianças de sua faixa etária, sendo classificado como deficiente. Portanto, a produção gráfica indicou desenvolvimento cognitivo extremamente baixo para a idade, coincidindo com os resultados dos outros testes aplicados.

Quanto aos aspectos afetivos e emocionais, optou-se por não usar testes para avaliação. O uso de testes projetivos disponíveis para a idade da menina, como o Teste de Apercepção Temática Infantil – Figuras Animais (CAT-A), exige linguagem oral e capacidade de simbolização. Verificou-se que Ana apresentava prejuízos em ambas. Por sua vez, o teste projetivo Pirâmides Coloridas de Pfister Infantil, que não exige habilidades verbais, ainda não estava disponível no período da avaliação. Optou-se, assim, por avaliar qualitativamente os aspectos emocionais, baseando-se nas entrevistas e na observação da menina e de seu brincar.

Considerando os resultados nos testes cognitivos, não foram utilizados testes específicos para avaliar a atenção e as habilidades de leitura e escrita. Ana tinha dificuldades mais globais que poderiam explicar seus déficits nessa função e nas habilidades específicas.

Conclusões

Ana foi encaminhada para avaliação psicológica por apresentar dificuldades de aprendizagem, na fala e no desenvolvimento da motricidade. As crises convulsivas, uma queda na infância, bem como o "atraso de três anos" referido pela neurologista reforçaram a hipótese de capacidade cognitiva reduzida. Hipóteses adicionais iniciais, baseadas nas informações provenientes do encaminhamento e da entrevista de anamnese, incluíram um possível déficit de atenção, problemas emocionais, alterações das funções do estado mental ou dificuldades específicas de aprendizagem.

Os resultados da avaliação cognitiva indicaram capacidade intelectual inferior ao esperado para a idade de Ana. As dificuldades foram observadas em todos os testes e tarefas realizados durante a avaliação. Além disso, atrasos no desenvolvimento da linguagem e da motricidade foram percebidos pelos familiares nos primeiros anos de vida da menina, antes de ela ter apresentado crises convulsivas ou problema psiquiátrico, bem como antes de fazer uso de medicações. Esses déficits se manifestaram nas dificuldades de aprendizagem relatadas pela escola, no reconhecimento de letras, cores e números e na reso-

TABELA 31.4
Resultados de Ana no DFH-III

Tipo de desenho	Resultado bruto	Resultado padronizado	Classificação	Percentil	Classificação considerando IC
Figura Feminina	12	63	Deficiente	1	Deficiente
Figura Masculina	7	44	Deficiente	1	Deficiente
Figura Total	19	51	Deficiente	1	Deficiente
Intervalo de Confiança: Figura Total – Nível: 95% de: 51 (+) 7 = 58 a 51 (-) 7 = 44			EPM = 7 FIC = 44-58		

* IC= intervalo de confiança; EPM = erro-padrão de medida; FIC= faixas do intervalo de confiança

lução de problemas observados na hora do jogo diagnóstica.

Além do prejuízo cognitivo, Ana apresentou atrasos no desenvolvimento da motricidade e da linguagem. Foi observado, durante os atendimentos, que ela tinha problemas na fala, principalmente em relação à articulação de palavras, sendo, em grande parte do tempo, difícil compreendê-la. Por vezes, a avaliadora perguntava novamente o que Ana havia dito e ela fornecia uma segunda resposta utilizando palavras mais fáceis de pronunciar. Somente os familiares pareciam entender com mais facilidade o que a menina falava e, por compreendê-la, muitas vezes tendiam a não corrigir seus erros de pronúncia. Isso foi observado em momentos de interação entre os familiares e a menina durante as sessões de avaliação. Apesar de o uso de risperidona poder ocasionar, como efeitos adversos, alguns prejuízos na fala, esses eram anteriores ao uso do medicamento e, portanto, se associam também a questões desenvolvimentais. Além disso, o nível de prejuízo observado na linguagem expressiva da paciente parecia ser mais severo do que o geralmente causado por efeitos adversos dessa medicação. Quanto à motricidade, foi relatado pelos avós que Ana nunca conseguiu andar de bicicleta ou de patinete. Era desajeitada para correr ou fazer atividades que envolviam a sustentação em uma perna só. Além disso, nos atendimentos, demonstrou dificuldades em fazer movimentos precisos com os pequenos músculos do corpo, como nas atividades de montar quebra-cabeças, desenhar ou amarrar os cadarços. Entende-se, assim, que apresentava prejuízos na motricidade ampla e fina, embora esses não representassem grande limitação a sua funcionalidade em atividades simples da vida diária.

Os sintomas descritos pelos familiares e observados na avaliação clínica indicaram déficits tanto intelectuais quanto adaptativos nos domínios conceitual, social e prático. Considerando os critérios diagnósticos do DSM-5 (APA, 2014) para deficiência intelectual, a saber: Critério A, déficits nas funções intelectuais; Critério B, déficits no funcionamento adaptativo em diferentes ambientes; e Critério C, início durante o período de desenvolvimento (antes dos 18 anos), concluiu-se que a Ana tinha esse transtorno.

O nível de gravidade da deficiência intelectual passou a ser definido, no DSM-5 (APA, 2014), com base no funcionamento adaptativo do paciente e não necessariamente em faixas de QI, como em versões anteriores do *Manual*. Para avaliar os déficits no funcionamento adaptativo da paciente, foi utilizada a *Checklist* da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2003), em forma de entrevista, respondida pela avó da menina. A avaliação indicou que Ana tinha dificuldades em quatro domínios: aprendizagem e aplicação do conhecimento (dificuldades escolares em leitura, escrita, aritmética e resolução de problemas), comunicação (problemas de fala e atrasos no desenvolvimento da linguagem, principalmente expressiva), mobilidade (prejuízos na coordenação motora ampla e fina) e cuidado pessoal (necessidade de supervisão para vestir-se e cuidar da higiene). Dada a sugestão para a classificação de gravidade da deficiência intelectual proposta pelo DSM-5, considerou-se que Ana apresentava deficiência intelectual leve (Código diagnóstico DSM-5: 317;

CID: F70). A gravidade foi definida considerando que: 1) no domínio conceitual, as dificuldades de aprendizado só se tornaram aparentes com o ingresso escolar; 2) no domínio social, ela apresentou algumas dificuldades de interação com os colegas, devido a maior imaturidade e dificuldades em perceber pistas sociais (p. ex., teve a merenda roubada), mas que se tornaram menos acentuadas após sua adaptação ao ambiente escolar, e suas interações sociais com familiares e professores eram bastante satisfatórias; 3) no domínio prático, apresentava déficit no desempenho adaptativo nas atividades da vida diária, mas que não implicava incapacidade de realização. Com supervisão, era capaz de realizar atividades de autocuidado e higiene.

Considerando seu histórico e contexto, Ana apresentava fatores de risco relevantes para deficiência intelectual. O "atraso de cinco anos" que, segundo a neurologista, a mãe da menina tinha também é indicativo de deficiência intelectual, embora Maria não tivesse sido diagnosticada. O histórico na família, sobretudo em parentes de primeiro grau, aumenta o risco para deficiência intelectual. Além disso, as crises convulsivas também aumentam o risco para o transtorno, já que são responsáveis por lesão de células nervosas.

A hipótese de que a atenção pudesse ser uma função que explicasse os problemas de aprendizagem de Ana não se confirmou. Embora ela tenha apresentado baixa capacidade de manter a atenção quando comparada a crianças da mesma faixa etária (como pode ser observado nos subtestes Cancelamento e Procurar Símbolos do WISC-IV, em que seu desempenho ficou 2 e 3 desvios-padrão abaixo da média, respectivamente), essas dificuldades podem ser mais bem explicadas pelo déficit intelectual global. Por isso, não foram utilizados testes mais específicos para avaliação da atenção.

Em relação a um possível transtorno específico da aprendizagem, essa hipótese também foi descartada, já que não é possível um quadro de comorbidade entre deficiência intelectual e esse transtorno. A deficiência intelectual se configurou como a causa primária e mais provável das dificuldades da menina, e, por isso, não foram investigadas habilidades mais específicas.

Ana demonstrou ter vínculos baseados em afetos positivos, tanto com os familiares quanto com a psicóloga. Além disso, havia relatos de boa interação com os colegas, tanto na escola como no SASE, e com demais parentes e professores. Ela não apresentou dificuldade de interação em ambiente novo e estruturado desde o primeiro encontro com a psicóloga. Procurou envolver a avaliadora em suas brincadeiras, convidando-a para as atividades. Além disso, por meio do brincar, percebeu-se sua capacidade de interação com diferentes pessoas, trazendo vivências cotidianas de maneira positiva. A menina era bastante apegada aos cuidadores e sempre os abraçava após sair da sala de atendimento.

Apesar de os problemas emocionais não terem sido o foco principal da avaliação, é preciso considerar o impacto que o contexto pode ter tido em seu psiquismo. Ana foi rejeitada pela mãe no nascimento, não teve contato com o pai, e parecia que o avô havia assumido esse papel. Ela apresentava características regressivas no desenvolvimento, sendo imatura para a idade, com brincadeiras repetitivas e infantilizadas e remetendo ao cenário de casinha e temática da alimentação. Esse tipo de brincadeira pode indicar sentimentos de dependência e carência afetiva, confirmados na história clínica da paciente. Continuava insistindo em dormir com a mãe, mesmo tendo sua cama, e dependia dos familiares para quase todas as tarefas de autocuidado. Esses achados reforçam a hipótese de que problemas emocionais também poderiam estar na base das dificuldades experimentadas pela menina.

A partir do que foi concluído no psicodiagnóstico, indicou-se que Ana aumentasse a frequência de consultas com a fonoaudióloga para intensificar o trabalho sobre as dificuldades de fala. Foi recomendada manutenção do acompanhamento com neurologista para monitorar o uso da medicação para epilepsia. Além disso, recomendou-se uma nova consulta com o psiquiatra para avaliar a necessidade do uso da risperidona. Não havia indicativos clínicos na história da menina de que os sintomas passados de alteração na sensopercepção (p. ex., quando viu cobras) tivessem voltado a ocorrer. A hipótese era de que os sintomas de psicose teriam se configurado em episódio único e breve. Sugeriu-se, também, que continuasse a frequentar as atividades no SASE e que fizesse acompanhamento psicopedagógico com foco na aprendizagem. Recomendou-se, por fim, intervenção de um terapeuta ocupacional para os problemas de motricidade e para as dificuldades na execução de atividades da vida diária.

A devolução dos resultados foi feita primeiramente com a menina e depois com seus familiares. Para ela, procurou-se descrever, com pala-

vras de fácil compreensão ao seu nível etário e educacional, as principais dificuldades que apresentava e as habilidades que poderia desenvolver. Foi explicado que seriam sugeridos tratamentos com profissionais para tratar dessas dificuldades. Com os familiares, foi enfatizada a importância de incentivar a autonomia de Ana para favorecer seu desenvolvimento, principalmente nas atividades de autocuidado. Também se falou acerca da importância de ela ter o próprio espaço e dormir na própria cama. Sobre o diagnóstico, foi explicado que crianças com deficiência intelectual em nível leve podem ter algumas limitações em seu funcionamento psicossocial, necessitando de mais tempo e ajuda para aprender e desenvolver competências. Entretanto, apesar das dificuldades cognitivas, Ana tinha potencial para o desenvolvimento e um ambiente saudável que a favorecia. O prognóstico da paciente poderia ser favorável caso recebesse os devidos atendimentos e intervenções voltados para suas dificuldades.

CASO 2
ADOLESCENTE: "DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM, ATENÇÃO, MEMORIZAÇÃO E INICIATIVA"

Descrição da demanda

Paulo, 16 anos, cursando o 8º ano do ensino fundamental. Foi encaminhado para avaliação psicológica pela psicóloga do posto de saúde de sua região, devido a dificuldades de aprendizagem, atenção e memorização. Os pais também se queixaram da falta de atenção do filho e referiram que tinha dificuldades de dar-se conta quando precisava de ajuda. Os exemplos trazidos pelos pais se referiam à falta de iniciativa por parte do paciente em situações em que precisava expor sua vontade.

História clínica

Paulo morava com a mãe, o pai e a irmã de 23 anos, Maria. De acordo com o relato dos pais, ele se relacionava bem com a família nuclear, e eles conviviam pouco com a família extensa. Os pais o descreveram como um adolescente esforçado e carinhoso, que costumava ficar incomodado quando suas dificuldades eram apontadas.

Em relação ao seu desenvolvimento inicial, observou-se que os pais planejaram a gravidez e que a mãe realizou pré-natal, não tendo utilizado medicação nem substâncias psicoativas durante a gestação. O parto foi cesariana, com Apgar 9/10. Paulo mamou no peito até os 5 meses e, aos 6 meses, já comia frutas e papinha. Engatinhou por volta de 1 ano e caminhou por volta de 1 ano e meio. O controle dos esfíncteres deu-se entre 1 ano e meio (diurno) e 2 anos (noturno). No que concerne à linguagem, balbuciou as primeiras palavras por volta de 1 ano. Com 2 anos e meio, segundo a mãe, falava "enrolado" – e só ela o entendia. Na época, fez tratamento com fonoaudióloga e passou a falar fluentemente. Durante a avaliação, o paciente estava aguardando exames para verificar se apresentava déficit de linguagem. Seu pai, Carlos, tinha diagnóstico de transtorno bipolar e não fazia tratamento no momento da avaliação.

Em relação aos antecedentes sociais, Paulo iniciou o primeiro ano escolar com 7 anos. Estudou em quatro escolas diferentes em função de mudanças da família. Ele reprovou no 7º e no 9º anos (antigas 6ª e 8ª séries). Desde pequeno tinha poucos amigos próximos, mas demonstrava interesse e capacidade de estabelecer relações de amizade. Quanto a relacionamentos romântico-sexuais, relatou que nunca havia namorado e que se interessava por uma garota, mas que não tinha coragem de se aproximar dela, nem de falar do seu interesse.

Cerca de cinco anos antes da avaliação, a família havia se mudado de um sítio na área rural para a área urbana. Paulo e os pais relataram que ele sofreu bastante com a mudança, pois gostava de ficar em contato com a natureza. Durante os atendimentos, o paciente relatou estar bem adaptado ao local onde morava. Poucos meses antes da avaliação, começou a trabalhar como empacotador em um hipermercado, no turno inverso ao da escola, totalizando 48 horas semanais de atividades. No que se refere à rotina, acordava cedo, preparava seu café, tomava banho e ia para a escola. Ao chegar da escola, almoçava e ia trabalhar. Nos dias de folga, relatou descansar, ficar com a família e ir ao cinema ou realizar algum outro passeio com os amigos próximos. Ao final da avaliação, optou por sair do emprego.

Procedimentos

A história clínica relatada pelos pais e pelo paciente na anamnese (feita separadamente, em duas entrevistas) auxiliou a estabelecer o roteiro das técnicas a serem utilizadas na avaliação. Foi identificada a necessidade de avaliar os seguintes aspectos:

- Inteligência: a avaliação do nível de inteligência do paciente por meio de um teste que

contempla diversas habilidades permitiria estimar seu funcionamento intelectual global, assim como dificuldades específicas que poderiam estar afetando seu desempenho escolar (repetências e dificuldade de aprendizagem).
- Atenção: a queixa feita no encaminhamento contemplava dificuldades de atenção e concentração, tanto na escola quanto no ambiente familiar.
- Funções executivas: o relato da dificuldade em dar-se conta das próprias limitações e dos momentos em que deveria pedir auxílio ou tomar iniciativas levou à hipótese de que o paciente pudesse ter limitações em automonitoramento, flexibilidade e tomada de decisão.
- Memória: uma das principais queixas apresentadas pela família e pela escola, em função dos esquecimentos de Paulo em relação a tarefas simples que deveria executar e a aprendizados acadêmicos.
- Aspectos emocionais e de personalidade: os pais mencionaram a alta sensibilidade do paciente a críticas e seu retraimento social desde a infância. Embora a família compreendesse tais aspectos como característicos de Paulo, e não como algo patológico, considerou-se necessário avaliar a intensidade desses sintomas, tendo em vista que o adolescente demonstrava dificuldade em expressar suas necessidades e sentimentos.

Os testes e instrumentos para a avaliação foram escolhidos com preferência por testes aprovados pelo Satepsi no período de realização da avaliação, bem como pela escolha de questionários e entrevistas padronizadas para a investigação de critérios dos manuais diagnósticos vigentes na época (DSM-IV-TR e CID-10). Na Tabela 31.5 são mostrados os instrumentos utilizados.

As entrevistas de anamnese, de coleta de dados e de devolução com o paciente e sua família (realizada em dois momentos) tiveram a duração de nove encontros com uma hora de duração cada.

Resultados

Inteligência: a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – quarta edição (WISC-IV) avalia o desempenho global e específico de crianças

TABELA 31.5
Testes e instrumentos empregados no caso Paulo

Teste	Autores	Funções psicológicas
Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – Quarta Edição (WISC-IV)	Rueda et al., 2012; Wechsler, 2003	Inteligência e funções cognitivas
Teste de Atenção Concentrada (AC-15)	Bocallandro, 2003	Atenção concentrada
Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST)	Cunha et al., 2005; Heaton, Chelune, Talley, Kay, & Curtiss, 1993	Funções executivas
Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT)	Malloy-Diniz, Cruz, Torres, & Cosenza, 2000	Memória verbal e aprendizagem
Escala de Autoconceito Infantojuvenil (EAC-IJ)	Sisto & Martinelli, 2004	Aspectos emocionais e da personalidade (quantitativo)
Teste da Casa-Árvore-Pessoa (H-T-P)	Buck, 2003	Aspectos emocionais e da personalidade (projetivo)
Escala para Avaliação de Sintomas de TDAH e Transtorno Desafiador Opositor (MTA-SNAP-IV)	Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde, & Pinto, 2006	Sintomas de TDAH (Critério A do DSM-IV)
Módulo G da M.I.N.I.-PLUS (Fobia Social)	Amorim, 2000	Sintomas de fobia social

em termos de tarefas cognitivas que envolvem raciocínio visuoespacial, verbal, memória operacional e velocidade de processamento. Os resultados nessa escala (ver Tabs. 31.6 e 31.7) sugeriram que o desempenho global de Paulo se encontrava na média esperada para a sua idade.

TABELA 31.6
Resultados do paciente Paulo no teste WISC-IV

Escalas	Soma dos pontos ponderados	QI/índices	Percentil	Intervalo de confiança 95%	Interpretação
Compreensão Verbal	38	115	84	107-121	Média
Organização Perceptual	27	94	34	87-102	Média
Memória Operacional	7	62	1	57-72	- 2 DP
Velocidade de Processamento	10	71	3	66-83	- 1 DP
QI Total	82	86	18	81-91	Média

Comparação entre as discrepâncias*

Índices/ subtestes	Pontos compostos/ ponderados 1		Pontos compostos/ ponderados 2		Diferença	Valor crítico	Diferença significativa (Sim) ou (Não)	Frequência acumulada
ICV - IOP	ICV	115	IOP	94	21	10,67	Sim	6,7%
ICV - IMO	ICV	115	IMO	62	53	10,81	Sim	< 0,4%
ICV - IVP	ICV	115	IVP	71	44	12,68	Sim	< 1,9%
IOP - IMO	IOP	94	IMO	62	32	10,78	Sim	0,9%
IOP - IVP	IOP	94	IVP	71	23	12,65	Sim	9,2%
IMO - IVP	IMO	62	IVP	71	-9	12,77	Não	
DG - SNL	DG	2	SNL	5	-3	2,69	Sim	18,8%
CD - PS	CD	4	PS	6	-2	3,55	Não	
SM - CN	SM	9	CN	9	0	3,02	Não	

Determinação das facilidades e dificuldade**

Subtestes	Pontos ponderados	Média dos pontos ponderados	Diferença da média	Valor crítico	Facilidade ou dificuldade (F) ou (D)	Frequência acumulada
CB	9	9,0	0,0	2,15		
SM	9	12,7	- 3,7	2,08	D	2-5%
CN	9	9,0	0,0	2,24		

TABELA 31.6
Resultados do paciente Paulo no teste WISC-IV

VC	12	12,7	- 0,7	2,25		
RM	9	9,0	0,0	1,98		
CO	17	12,7	4,3	2,41	F	< 1%

*Base para comparação: amostra geral e nível de significância estatística = 0,05; **Base para comparação: médias de compreensão verbal e organização perceptual e nível de significância estatística = 0,05; QI = quociente de inteligência; IVP = índice de velocidade de processamento; IOP = índice de organização perceptual; IMO = índice de memória operacional; ICV = índice de compreensão verbal; CB = subteste cubos; SM = subteste semelhanças; DG = subteste dígitos; CN = subteste conceitos figurativos; CD = subteste códigos; VC = subteste vocabulário; RM = subteste raciocínio matricial; CO = subteste compreensão; SNL = subteste sequência de números e letras; PS = subteste procurar símbolos.

TABELA 31.7
Análise dos Escores de processo do caso Paulo no teste WISC-IV

Conversão de pontos brutos em pontos ponderados

Escores de processo	Pontos brutos	Pontos ponderados
Cubos sem Tempo de Bônus	38	10
Dígitos Ordem Direta	6	5
Dígitos Ordem Inversa	3	1
Cancelamento Aleatório	32	6
Cancelamento Estruturado	31	5

Conversão dos pontos brutos em frequência acumulada

Escores de processo	Pontos brutos	Frequência acumulada
Sequência Maior de Dígitos Ordem Direta (UDIOD)	4	100,0% *
Sequência Maior de Dígitos Ordem Inversa (UDIOI)	3	96,0% *

Comparação entre discrepâncias

Escores de processo	Pontos brutos 1	Pontos brutos 2	Diferença	Frequência acumulada
UDIOD – UDIOI	4	3	1	79,5% *

Comparação entre discrepâncias

Subtestes/ escores de processo	Pontos ponderados 1	Pontos ponderados 2	Diferença	Valor crítico**	Diferença significativa (Sim) ou (Não)	Frequência acumulada
Cubos – Cubos sem Tempo de Bônus	CB 9	CUSB 10	-1	3,10	N	

Continua

TABELA 31.7
Análise dos escores de processo do caso Paulo no teste WISC-IV

Dígitos Ordem Direta – Dígitos Ordem Inversa	DIOD	5	DIOI	1	4	3,41	S	11,8%
Cancelamento Aleatório – Estruturado	CAA	6	CAE	5	1	4,40	N	

Nota: * Frequência acumulada por faixa etária; ** Nível de significância estatística = 0,05.

O desempenho do paciente nos índices de compreensão verbal e organização perceptual ficaram na média quando comparados aos da amostra normativa. Essas são medidas de raciocínio verbal e não verbal, e os resultados nesses índices apontam bom entendimento em tarefas que envolvem conhecimento verbal adquirido e raciocínio fluido, atenção para detalhes e integração visuomotora, respectivamente. Comparando o desempenho entre os dois índices, Paulo demonstrou maior facilidade em tarefas verbais do que não verbais.

O desempenho de Paulo nos índices de memória operacional e velocidade de processamento foram considerados significativamente abaixo da média, o que demonstra que apresentou déficits em atenção e velocidade psicomotora lentificada quando comparado à amostra normativa de sua idade. Além disso, foi possível verificar prejuízos em memorização e manipulação de informações em curto período de tempo.

Com relação aos subtestes da escala, os resultados indicaram que ele apresentou facilidade significativa em uma tarefa que exige raciocínio verbal e conceituação, compreensão verbal e expressão, habilidade para avaliar e utilizar experiências anteriores e habilidade para transmitir informações de ordem prática. Seu desempenho também se mostrou satisfatório em atividades que envolvem inteligência, memória de longo prazo e capacidade de reter e recuperar informações adquiridas. Também apresentou boa capacidade de analisar e sintetizar estímulos visuais abstratos e reconhecimento visual de detalhes.

Seu desempenho foi considerado abaixo do esperado quando comparado a pessoas de sua idade em tarefas que avaliam agilidade mental, atenção, memória auditiva e visual de curto prazo, velocidade de processamento e abstração verbal. O paciente também apresentou déficit em tarefas que exigem discriminação visual e concentração.

Funções executivas: considerado o instrumento padrão ouro para avaliação de funções executivas, o Teste Wisconsin de Classificação de Cartas avalia mudança de estratégias ou flexibilidade mental, inibição de tarefas prévias, resolução de problemas, atualização estratégica de metas com base em *feedback*, pensamento abstrato e formação de conceito. Nesse teste, Paulo teve desempenho deficitário nos escores perseverativos e de respostas de nível conceitual (Tab. 31.8). Seu desempenho parece ter sido abaixo da média em decorrência de falhas na capacidade de manter-se atento à tarefa, bem como de perceber a necessidade de mudança de estratégia.

Atenção concentrada e memória: em tarefas de atenção concentrada (Tab. 31.9) e de memória verbal (Tab. 31.10), Paulo apresentou desempenho médio e inferior ao esperado para sua idade, respectivamente. Seu desempenho na tarefa de avaliação de memória para listas de palavras demonstrou um *span* de recordação significativamente inferior à média para sua faixa etária, assim como dificuldades para reconhecimento das palavras de uma lista ouvida cinco vezes (Fig. 31.1).

Verificou-se, durante a avaliação, que o paciente compreendia o que lhe era solicitado, entretanto, pouco tempo depois, executava uma ordem diferente da proposta, o que sugere déficit na memória de trabalho. Ele relatou dificuldades para recordar informações recorrentes do dia a dia, por exemplo, algo que lhe era solicitado, uma queixa também dos pais. Além disso, mencionou gostar de literatura, mas esquecer o que lia, tendo de reler uma página de livro, por exemplo, antes de seguir para a próxima. Ademais, referiu sen-

TABELA 31.8
Desempenho de Paulo em escores-padrão do Teste Wisconsin de Classificação de Cartas

Classificação	Erros	Resp. pers.	Erros pers.	Erros ñ pers.	% Resp. nível conceitual
+ 3 DP					
+ 2 DP					
+ 1 DP					
Média	**100**			**88**	
- 1 DP		81	79		
- 2 DP					66
- 3 DP					
- 3DP					

*Erros = número total de erros. Número de combinações incorretas, feitas à revelia do *feedback* do examinador; ** Respostas perseverativas = número de combinações corretas e incorretas feitas de forma a combinar com um determinado padrão anteriormente correto repetitivamente, mesmo quando o padrão vigente é outro. Desempenhos inferiores nessa medida indicam falta de flexibilidade e dificuldade de inibir respostas preponderantes; *** Erros perseverativos = número de combinações incorretas, feitas de forma a combinar com um padrão anterior de combinações. Reflete as mesmas dificuldades apontadas no escore anterior; ****Erros não perseverativos = número de erros que ocorrem de forma não perseverativa, ou seja, número de erros que não seguem o padrão de combinação previamente correto; % Resp. nível conceitual = respostas de nível conceitual. Respostas corretas consecutivas que ocorrem em número de três ou mais. Indica *insight* quanto ao princípio correto de combinação das cartas.

TABELA 31.9
Desempenho de Paulo no Teste AC-15

	5 minutos	10 minutos	15 minutos	Total
Questões examinadas	47	50	42	139
Erros	4	3	5	12
Acertos = QE – erros	43	47	37	127
Consistência = pontos 15'- pontos 5'	92	89	97	278
Percentis	70	45	55	60
Classificação	Média	Média	Média	Média

tir que sua atenção era dispersada facilmente e, quando isso ocorria, ter dificuldades para retomar o que estava fazendo. Paulo parecia dar-se conta de suas necessidades, entretanto, costumava ter dificuldades para expressar suas emoções e vontades.

Aspectos emocionais e de personalidade: em relação à avaliação afetiva, foram verificados conflitos típicos da adolescência, como ambivalência de sentimentos e sentimentos de dependência em relação aos pais. Além disso, ficaram evidentes, na Escala de Autoconceito Infantojuvenil (Tab.

TABELA 31.10
Desempenho de Paulo no Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT)

	Escore Paulo	Média geral 15-19 anos	DP	Escore Z
Lista A1	4	7,63	1,7	-2,14
Lista A2	7	10,21	2,22	-1,45
Lista A3	6	11,84	1,83	-3,19
Lista A4	7	12,77	1,38	-4,18
Lista A5	10	13,1	1,57	-1,97
Lista B	5	6,59	1,99	-0,80
Lista A6	6	11,96	2,08	-2,87
Lista A7	7	12,23	2,36	-2,22
Interferência retroativa (A6/A5)	0,60	0,91	0,15	-2,07
Interferência proativa (B1/A1)	1,25	0,86	0,17	2,29
Esquecimento (A7/A6)	1,17	1,02	0,11	1,33
Reconhecimento Lista A	9	13,93	1,45	-3,40

Nota: DP = desvios-padrão.

31.11), sinais de preocupação por parte do paciente com seu desempenho nos estudos e receio por imaginar que suas ideias poderiam ser rejeitadas. Além disso, ele demonstrou tendência a se isolar quando seu desempenho não era o esperado. Todavia, mostrou-se bem adequado e adapta-

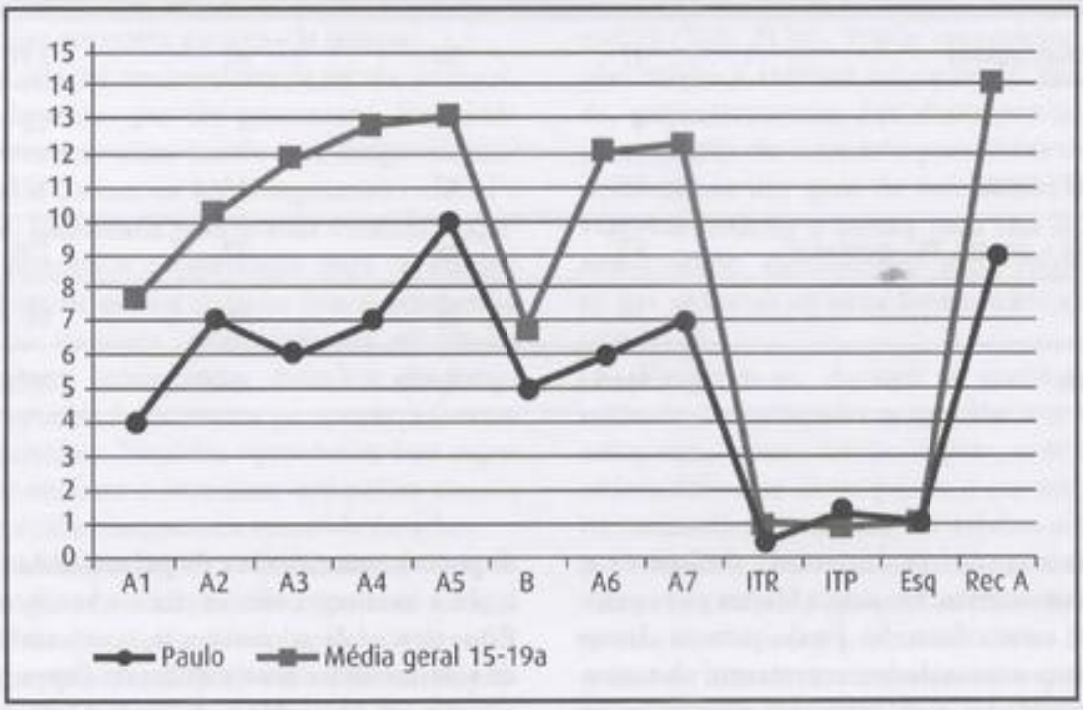


FIGURA 31.1 / Gráfico do desempenho de Paulo no Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT).

TABELA 31.11
Desempenho de Paulo na Escala de Autoconceito Infantojuvenil (EAC-IJ)

	Pessoal	Escolar	Social	Familiar
Percentil	25	Abaixo de 25	Abaixo de 25	Acima de 75
Classificação	Baixo	Baixo	Baixo	Alto

do às exigências do lar e para manter um relacionamento de confiança e lealdade com seus pais.

Hipóteses diagnósticas: em função dos sintomas apresentados, foram considerados como hipóteses diagnósticas os transtornos de ansiedade social, episódios depressivos e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Segue uma síntese de cada hipótese diagnóstica.

No que se refere à ansiedade social, o paciente relatou sentir extrema ansiedade em determinadas situações, evitando-as se possível. Ele respondeu ao módulo sobre ansiedade social da entrevista estruturada MINI-PLUS, afirmando ter dificuldades em situações que seriam consideradas simples por pessoas sem o transtorno. O paciente apresentava ansiedade em situações em que sua *performance* estava sendo avaliada (falar e comer em público, trabalhar ou escrever sendo observado, entrar em uma sala onde outras pessoas já estão, fazer provas), bem como em situações sociais (falar com pessoas em posição de autoridade, falar com pessoas que não conhece bem, ser o centro das atenções, expressar discordância ou desaprovação para pessoas que não conhece bem). Esses sintomas se relacionavam à queixa dos pais acerca da falta de iniciativa do filho. Este, por sua vez, relatava evitar essas situações em virtude da ansiedade causada por elas.

No que concerne à presença de sintomas depressivos, foram mencionados como tendo ocorrido ao longo da adolescência. Apesar de não ter fechado critérios para transtorno depressivo atual, Paulo afirmou que esses sentimentos causavam prejuízo significativo em seu dia a dia. Na época da avaliação, tais sintomas não foram observados em intensidade clinicamente relevante, indicando um quadro de remissão.

Em relação aos sintomas de TDAH, Paulo apresentava características do tipo desatento. As características mais comuns do TDAH tipo desatento são distração, dificuldade em sustentar a atenção em atividades, dificuldade de prestar atenção a detalhes, cometer erros por descuido, parecer não escutar quando os outros lhe dirigem a palavra. Além disso, pacientes com TDAH podem ter dificuldades para organizar suas tarefas e atividades. Paulo tinha dificuldades de concentração nas aulas e nas leituras de livros (afirmou ter dificuldades de lembrar o que acabava de ler). Pacientes que apresentam esse transtorno muitas vezes podem ser interpretados como desinteressados, entretanto, é comum não ouvirem quando são chamados. Além disso, Paulo mencionou que desviava facilmente a atenção do que estava fazendo e cometia erros por prestar pouca atenção a detalhes. Quando estava lendo, por exemplo, um simples estímulo externo o fazia "perder" a atenção.

Esses sintomas também têm relação com uma condição bastante comum na população, o hipotireoidismo, deficiência hormonal provocada pela disfunção na glândula tireoide. Verifica-se, na prática clínica e em pesquisas recentes, fortes associações entre alterações da função cognitiva (como comprometimento da memória e das funções executivas) e hipotireoidismo (Almeida, Kuwae, Quirino, Gondim, & Silva, 2014; Trachtenberg, Passos, Kleina, Sica, & Fleck, 2012). Cabe ressaltar que essa hipótese foi levantada porque o paciente nunca havia realizado exames para verificar disfunções na tireoide. Salientou-se, na entrevista de devolução, que essa hipótese só poderia ser confirmada ou refutada mediante avaliação médica.

Conclusões

Paulo mostrou-se simpático e colaborativo durante todo o processo da avaliação. Entretanto, foi percebida certa ansiedade em relação a seu desempenho. A avaliação evidenciou que seu desempenho global, no que se refere a inteligência, encontra-se na média esperada para a idade, todavia é importante ressaltar a presença de déficits na memória operacional e na velocidade de processamento. O paciente apresentava bom desem-

penho em tarefas que exigem raciocínio lógico e conceituação, compreensão verbal e expressão, habilidade para avaliar e usar experiências anteriores e habilidade para transmitir informações de ordem prática. O desempenho de Paulo estava deficitário em tarefas que envolviam atenção, concentração e memória operacional, flexibilidade cognitiva, discriminação visual e concentração.

Os resultados analisados indicaram a presença de transtorno de ansiedade social (CID-10: F40.10; DSM-5: 300.23). Esse transtorno é mais que uma simples timidez – o medo ou a ansiedade de um indivíduo em situações consideradas simples para a maioria das pessoas são exagerados. Os relatos do paciente evidenciavam sofrimento significativo e prejuízo que interferiam em sua rotina em ambientes sociais, no trabalho e na escola, bem como durante outras atividades diárias. Tais prejuízos eram percebidos por Paulo como tendo duração superior a seis meses, critério mínimo para a confirmação do transtorno.

A dificuldade escolar relatada pelo paciente parecia ser explicada pela presença dos déficits identificados na avaliação e pela desatenção. Salienta-se que os sintomas de ansiedade social e de TDAH do tipo desatento, descritos anteriormente, afetavam processos psicológicos como atenção e, consequentemente, memória. Assim, tais prejuízos – além dos déficits na velocidade de processamento – podiam explicar parte de suas dificuldades escolares. Compreende-se que os sintomas depressivos mencionados por Paulo podem ter sido decorrentes de suas dificuldades escolares e de socialização. Sugeriu-se como encaminhamento que fizesse concomitantemente avaliações clínica (endocrinológica) e psiquiátrica, para determinar se os sintomas de desatenção seriam mais bem explicados por TDAH do tipo de desatento, disfunção na tireoide ou outra condição clínica.

Salienta-se que a história de Paulo é permeada de situações que podem influenciar diretamente a queixa apresentada. Seu pai tinha uma postura impositora e pouco flexível, diagnóstico de transtorno bipolar e se recusava a fazer quaisquer tipos de tratamento. Isso gerava conflitos nas relações familiares. A mudança de domicílio também parece ter afetado a vida do jovem, pois, além de deixar um ambiente de que gostava, havia maior demanda de contatos sociais na nova moradia, gerando desconforto visto suas dificuldades de socialização. Apesar de Paulo ter afirmado que se adaptou à nova casa, isso pareceu mais uma conformidade em relação às necessidades da família do que um real sentimento de adaptação. Além disso, as questões desenvolvimentais próprias da adolescência e a falta de habilidades para interações interpessoais, sejam românticas ou não, pareciam potencializar suas dificuldades.

Em relação ao tratamento, para casos com os sintomas citados, acompanhamento psicológico (para lidar melhor com suas questões emocionais e próprias da adolescência e com a ansiedade social) e avaliação psiquiátrica e endocrinológica (para verificar as hipóteses diagnósticas de TDAH e/ou disfunção da tireoide) são o mais indicado. Salientou-se, durante a entrevista de devolução, a importância de seguir os tratamentos sugeridos para o bom prognóstico e, consequentemente, aumento na qualidade de vida. É importante mencionar que, além das intervenções terapêuticas, Paulo precisa de apoio familiar, tendo em vista que pacientes com ansiedade social tendem a ser muito suscetíveis a sinais de depreciação ou crítica, mesmo sutis. Recomendou-se que a família se informasse sobre o transtorno como forma de compreendê-lo e poder melhor auxiliá-lo em tarefas escolares e que envolvem autonomia. Ressaltou-se que pessoas com esses sintomas respondem bem a tratamento, com boas condições de melhora no desempenho social e inclusive acadêmico. Sugeriu-se reavaliação psicológica após um ano de intervenção.

CASO 3 ADULTO: "EU NÃO CONSIGO ME LEMBRAR"

Descrição da demanda

Augusta, 52 anos, nível escolar técnico (técnica em enfermagem), viúva, mãe de três filhos. Encaminhada pela psicóloga do hospital em que trabalha para avaliação das funções cognitivas, por dificuldades de memória. O encaminhamento foi feito após seus superiores se queixarem a respeito de seu desempenho deficitário, pois estava deixando de cumprir diversas tarefas (por esquecimento). Essa queixa foi entendida pela paciente como um alerta sobre sua permanência no emprego.

História clínica

A paciente relatou que sempre teve dificuldades de memória e que, durante todo o período de escolarização formal, nunca conseguiu obter notas médias nas disciplinas, tendo progredido nos anos escolares iniciais graças aos trabalhos extras que os professores ofereceram. Contou que

era muito agitada na escola (brigava verbal e fisicamente com os colegas), que sempre teve problemas de aprendizagem, mas que era muito boa em esportes. Segundo ela, colegas e alguns professores a chamavam de "burra". Disse que a família nunca procurou ajuda profissional e que a mãe a agredia fisicamente pelo baixo desempenho escolar e pelos problemas de comportamento na escola. Augusta repetiu a 6ª série (atual 7º ano do ensino fundamental) e desistiu de estudar quando ingressou no ensino médio. Somente concluiu a educação básica aos 28 anos, por meio do programa de educação de jovens adultos (EJA), após ter concluído um curso técnico em Enfermagem.

Augusta contou que seus relacionamentos familiares e sociais lhe proporcionavam mais desprazer do que prazer. Relatou importantes dificuldades de relacionamento com a mãe, citando, por exemplo, um quadro de enurese (com frequência quase diária até seus 13 anos) em que esta a agredia fisicamente a cada episódio. Segundo ela, a mãe tinha preferência por alguns filhos (tinha um total de oito irmãos) e ela não era um desses. Disse que, na escola, somente conseguiu se relacionar com os colegas mais fracos e maladaptados e que, aos 14 anos, começou a namorar um garoto com quem veio a se casar aos 16 anos (ele tinha 22 anos). Contou, ainda, que encontrou no casamento a oportunidade para sair do ambiente familiar que lhe gerava sofrimentos. Contudo, em suas palavras: "Eu saí de um inferno para entrar em outro", pois logo após o casamento descobriu os problemas do marido com o álcool. Augusta teve três filhos com ele e separou-se aos 26 anos. Após a separação, começou a trabalhar em dois empregos simultaneamente para sustentar as crianças, pois não contou com o apoio financeiro do ex-marido. Ela disse ter tido um relacionamento frágil e distante com os filhos. Supria sua ausência comprando aparelhos eletrônicos modernos para eles. Também contou que sempre teve problemas em administrar as contas da casa, pois costumava contrair muitas dívidas com artigos desnecessários. Aos 30 anos, iniciou um novo relacionamento amoroso, interrompido após quatro anos de duração, segundo ela, por dificuldades de conciliar trabalho, família e relacionamento. Ela ainda contou que seu ex-marido faleceu aos 39 anos devido a complicações do uso abusivo de álcool.

Augusta se queixou de sua memória, dizendo que nunca conseguiu ler um livro completo: "Eu começo lendo uma página e, quando chego ao fim dela, já me esqueci de tudo o que li acima, e daí volto e começo de novo e esqueço de novo... sempre foi assim". Ela fez uma série de consultas e exames neurológicos, tendo trazido para a avaliação psicológica os resultados de seis exames neurológicos realizados entre os seus 38 e 51 anos (todos com resultados sem alterações, sugerindo normalidade). Iniciou um acompanhamento psicológico no hospital em que trabalha após seus superiores se queixarem de seu deficitário desempenho profissional decorrente de esquecimentos. Sua psicóloga fez, então, o encaminhamento para a avaliação psicológica.

Procedimentos

As informações coletadas na delimitação da queixa e no levantamento da história clínica foram a base para o estabelecimento do plano de avaliação. De acordo com os relatos, foi possível identificar a necessidade de avaliação de quatro aspectos do funcionamento psicológico da paciente, a saber:

- **Memória:** essa foi a queixa principal trazida pela paciente, que acreditava que sua memória era deficitária e responsável por suas dificuldades escolares e profissionais.
- **Inteligência:** para esse caso, mostrou-se importante fazer uma estimativa do QI da paciente para verificar se o possível prejuízo de memória poderia ser explicado por um rebaixamento global do funcionamento intelectual. Além do mais, buscou-se verificar se o nível do QI poderia explicar o baixo rendimento escolar.
- **Atenção:** os relatos se referem aos problemas de memória; contudo, era importante discriminar se a paciente não se lembrava das coisas por dificuldades de evocar as informações apreendidas (memória) ou se as informações não foram sequer registradas (por falta de atenção).
- **Aspectos emocionais e da personalidade:** nas narrativas da paciente, foi possível observar que ela apresentou um padrão de relacionamentos instáveis, comportamentos impulsivos (gastava muito) e agressivos, e fragilidade emocional. Assim, verificou-se a necessidade de avaliar seu funcionamento emocional e sua personalidade, para investigar aspectos maladaptativos que pudessem estar influenciando negativamente sua qualidade de vida.

Levantadas essas hipóteses iniciais, o próximo passo foi elaborar o plano de avaliação, ou

seja, selecionar os testes e definir a quantidade de sessões necessárias para a condução da avaliação. A Tabela 31.12 apresenta as estratégias utilizadas para a avaliação dos construtos anteriormente listados. A escolha dos testes psicológicos foi feita com base nas seguintes perguntas: 1) Quais testes aprovados pelo Satepsi permitem avaliar os construtos de interesse?; 2) Quais deles têm normas de interpretação para a faixa etária e o sexo da paciente?; e 3) Quais deles fornecem o maior conjunto de informações pertinentes ao caso?

Resultados

Os resultados serão apresentados por construto (como delimitados no tópico anterior) e por testes. Para dinamizar a leitura, serão usadas setas para indicar o nível de qualidade do funcionamento das variáveis psicológicas estudadas: duas setas para baixo (↓↓) significa desempenho da paciente bem abaixo da média esperada no grupo de referência; uma seta para baixo (↓) indica desempenho abaixo da média; a seta de dois lados horizontal indica desempenho na média esperada (↔); uma seta para cima (↑) indica desempenho acima da média esperada; e duas setas para cima (↑↑) indica desempenho muito acima da média esperada.

Memória – Figuras Complexas de Rey (Oliveira & Rigoni, 2010)

Como pode ser visto na Tabela 31.13, Augusta demonstrou altas habilidades de memória imediata (Memória ↑) e déficit na capacidade de percepção visual (Cópia ↓), de acordo com a interpretação sugerida pelo manual (Oliveira & Rigoni, 2010). Uma análise detalhada e qualitativa de seu desempenho na tarefa permite a formulação de algumas hipóteses:

1. note que Augusta dedicou tempo adequado no desempenho das tarefas (Tempo ↔);
2. ela também utilizou uma estratégia apropriada para a execução da cópia da figura (Tipo de cópia = Tipo I);
3. apesar disso, seu desempenho na tarefa da cópia foi pior que na da memória em comparação com as normas para sua faixa etária;
4. considerando esses pontos, infere-se que, quando em contato com o estímulo (Figura Complexa Forma A), Augusta teve dificuldade de organizar e monitorar seu comportamento e seu pensamento para executar a tarefa de forma apropriada. Embora tenha usado uma estratégia de cópia apropriada, importantes distorções e omissões foram observadas, o que pode sugerir problemas de percepção visual, de praxia, de atenção ou, ainda, de funções executivas.

Os resultados do teste Figuras Complexas de Rey descartam a hipótese de problemas de memória imediata. Sua habilidade mnemônica apresentou-se em nível superior ao das pessoas de sua faixa etária. Dessa forma, seus problemas no trabalho não pareciam decorrer de déficits na memória, como apresentado na queixa pela paciente. Contudo, como visto anteriormente, os resultados permitiram a formulação das hipóteses de déficits na percepção visual, praxia, aten-

TABELA 31.12
Testes e instrumentos empregados no caso Augusta

Teste	Autores	Funções psicológicas
Figuras Complexas de Rey	Oliveira & Rigoni, 2010	Praxia e memória
Escala Wechsler de Inteligência para Adultos – Terceira Edição (WAIS-III)	Wechsler, 2005	Inteligência
Teste de Trilhas Coloridas (TTC)	Rabelo, Pacanaro, Rossetti, & Leme, 2011	Atenção sustentada e dividida
Teste d2 (d2)	Brickenkamp, 2000	Atenção concentrada
Rorschach (Sistema Compreensivo)	Exner, 1999a, 1999b; Nascimento, 2010; Weiner, 2000	Aspectos emocionais e da personalidade

TABELA 31.13
Resultados do teste Figuras Complexas de Rey do caso Augusta

	Cópia	Memória
Total	29	22,5
Percentil	20	80
Classificação	Inferior	Superior
Tempo (em minutos)	2'35"	1'56"
Percentil	30	25
Classificação	Médio	Médio
Tipo de Cópia	Tipo I	-

ção, ou funções executivas. Esperava-se que os dados dos demais procedimentos avaliativos pudessem esclarecer qual(is) dessas hipóteses seria(m) mais válida(s).

Inteligência – Escalas Wechsler de Inteligência para Adultos – Terceira Edição (WAIS-III) (Wechsler, 2005)

Os resultados de Augusta no WAIS-III (ver Tab. 31.14) sugeriram que suas habilidades intelectivas, de modo geral, estavam preservadas (QIT↔).

Ela demonstrou ter um pouco mais de facilidade em resolver problemas práticos do dia a dia (QIE↑) do que solucionar questões abstratas (QIV↔). Essa facilidade pode ser explicada por sua grande agilidade para inspecionar os elementos do ambiente (IVP↑↑) e sua destreza em estabelecer relações e fazer deduções (IOP↑). Sua principal fragilidade, no entanto, referia-se à capacidade de solucionar problemas que demandavam maturidade social e juízo social (compreensão ↓).

Pelos resultados de sua avaliação do funcionamento intelectual, foi possível descartar a hipótese de que sua baixa *performance* escolar, durante a infância e adolescência, e seu fraco desempenho profissional pudessem ser explicados por um déficit de suas capacidades intelectivas. Os resultados sugeriram, pelo contrário, que ela tinha um adequado potencial intelectual, que podia estar agindo como recurso psicológico favorável na manutenção de suas atividades laborais.

Atenção Concentrada – Teste d2 (Brickenkamp, 2000)

Por meio de seu desempenho no Teste d2, foi possível inferir que Augusta conseguia se dedicar à realização de uma tarefa por um dado período de tempo (RB e RL↔) de forma estável (AO↔), porém imprecisa (E%↓). A análise qualitativa de sua *performance* nos três momentos do teste sugeriu que ela tendia a diminuir sua capacidade produtiva com o passar do tempo e que, quanto mais produzia, mais erros cometia. A Tabela 31.15 apresenta os resultados da paciente no Teste d2.

Os dados obtidos por meio desse teste permitiram inferir certa dificuldade em atenção concentrada, caracterizada sobretudo pela imprecisão, isto é, pela falta de acurácia e de cuidado para com os detalhes. Apesar de Augusta ter demonstrado capacidade para desempenhar atividades de forma rápida, parecia fazê-las de modo impreciso. Esse problema na atenção poderia ser um fator relacionado ao fraco desempenho de Augusta nas suas atividades laborais.

Atenção Sustentada e Dividida – Teste de Trilhas Coloridas (TTC) (Rabelo, Pacanaro, Rossetti, & Leme, 2011)

Na avaliação das funções psicológicas de atenção sustentada e dividida, o desempenho de Augusta na testagem sugeriu que ela era capaz de prestar atenção a um determinado campo de estímulo por período prolongado de tempo (atenção sustentada ↔). Contudo, sua capacidade de manter a atenção em estímulos diferentes para executar duas ou mais tarefas simultaneamente se apresentou prejudicada (atenção dividida ↓). Os dados sugeriram, ainda, que suas habilidades de rastreamento perceptual e sequenciação estavam parcialmente prejudicadas (interferência ↓). A Tabela 31.16 apresenta os resultados de Augusta no teste TTC.

Esses resultados corroboraram a hipótese de que Augusta apresentava certa dificuldade de se engajar em tarefas com a devida atenção. Parecia ser propensa a se distrair ante estímulos competitivos no ambiente, o que interferia negativamente em sua capacidade produtiva. Nota-se, contudo, que seu desempenho foi médio inferior, sugerindo que, apesar de rebaixado, seu nível de atenção dividida ainda se encontrava na faixa esperada para sua idade, seu sexo e sua escolaridade.

TABELA 31.14
Resultados do WAIS-III do caso Augusta

Escalas	Soma dos pontos ponderados	QI/ índices	Percentil	Intervalo de confiança 95%	Interpretação
Verbal	59	99	47	93 - 105	Médio
Execução	62	114	82	104 - 124	Médio superior
Total	121	106	66	100 - 112	Médio
Compreensão Verbal	30	100	50	91 - 108	Médio
Organização Perceptual	37	113	81	101 - 124	Médio superior
Memória Operacional	34	108	70	97 - 117	Médio
Velocidade de Processamento	31	129	98	117 - 137	Superior

Comparação entre as discrepâncias	Escore 1 QI		Escore 2 QI		Diferença	Significância estatística nível 0,05	Frequência da diferença
QIV - QIE	QIV	99	QIE	114	-15	7,77	10,3
ICV - IOP	ICV	100	IOP	113	-13	8,82	17,0
ICV - IMO	ICV	100	IMO	108	-8	8,31	
IOP - IVP	IOP	113	IVP	129	-16	10,17	9,8
ICV - IVP	ICV	100	IVP	129	-29	8,82	1,1
IOP - IMO	IOP	113	IMO	108	5	9,74	
IMO - IVP	IMO	108	IVP	129	-21	9,74	5,6

Subtestes	Pontos ponderados	Escore médio	Diferença da média	Significância estatística nível 0,05	Facilidade (F)	Dificuldade (D)	Frequência da diferença
Vocabulário	10	10,1	-0,1	2,31			
Semelhanças	12	10,1	1,9	2,23			
Aritmética	12	10,1	1,9	2,84			
Dígitos	10	10,1	-0,1	3,82			
Informação	8	10,1	-2,1	2,25			
Compreensão	7	10,1	-3,1	2,82		D	< 10%
Sequência de Número-Letras	12	10,1	1,9	3,15			

TABELA 31.14
Resultados do WAIS-III do caso Augusta

Completar Figuras	13	12,4	0,6	2,55		
Códigos	15	12,4	2,6	2,91		
Cubos	11	12,4	-1,4	3,08		
Raciocínio Matricial	13	12,4	0,6	2,41		
Arranjo de Figuras	10	12,4	-2,4	3,12		
Procurar Símbolos	16	12,4	3,6	2,57	F	< 5%
Armar Objetos	9	12,4	-3,4	4,19		

Nível Subteste							Frequência
Maior sequência dígitos ordem direta	4						89,6
Maior sequência dígitos ordem inversa	4						52,1
Dígitos ordem direta – ordem inversa	Direta	4	Inversa	4	0		93,8

Notas: QI = quociente de inteligência; QIT = QI total; QIV = QI verbal; QIE = QI execução; ICV = índice de compreensão verbal; IOP = índice de organização perceptual; IMO = índice de memória operacional; IVP = índice de velocidade de processamento.

TABELA 31.15
Resultados do Teste d2 do caso Augusta

	Resultado bruto (RB)	Total de erros (TE)	Resultado líquido (RL)	Porcentagem de erros (E%)	Amplitude de oscilação (AO)
Pontos	435	32	403	7,36	16
Percentil	60	-	60	<25	<50
Classificação	Médio	-	Médio	Médio Inferior	Médio

Distribuição dos erros no Teste d2

Linhas	1 - 4	5 - 10	11 - 14
Distribuição de erros	9	17	6

Distribuição de médias nas três partes do Teste d2

Linhas	$\overline{rb}$	$\overline{te}$	$\overline{e}$
1 – 4	31,25	2,25	7,2
5 – 10	32,83	2,83	8,6
11 – 14	28,25	1,5	5,3

TABELA 31.16
Resultados do teste TTC do caso Augusta

Registro da aplicação	Forma 1				Forma 2					Cálculo da média de interferência
	Tempo (em segundos)	Erros	Quase erros	Avisos	Tempo (em segundos)	Erros de cores	Erros numéricos	Quase erros	Avisos	
Escore Bruto	53"	0	0	0	114"	1	0	0	1	1,15

Transformação dos escores	Forma 1 (Tempo)		Forma 2 (Tempo)			
	Percentil	Classificação	Percentil	Classificação	Média de interferência	Classificação
Geral	50	Médio	40	Médio inferior	40	Médio inferior
Faixa Etária	50	Médio	40	Médio inferior	40	Médio inferior
Sexo	50	Médio	40	Médio inferior	40	Médio inferior
Escolaridade	30	Médio inferior	20	Médio inferior	40	Médio inferior

Aspectos Emocionais e da Personalidade – Rorschach (Sistema Compreensivo) (Exner, 1999a, 1999b; Nascimento, 2010; Weiner, 2000)

A análise das características de personalidade de Augusta (ver dados na Tab. 31.17) sugeriu que ela apresentava pobres recursos psicológicos para atender apropriadamente as demandas da vida diária (EA↓ e CDI↑). Os dados sugeriram que vivenciava uma situação estressante (D<AdjD) e sem condições de se autorregular apropriadamente (D↓). Muito do desconforto que experimentava parecia ser devido a pensamentos ruminativos (m↑). Os dados indicaram, ainda, que ela tendia a experimentar maior vulnerabilidade perante dificuldades, demandando mais tempo para concluir suas tarefas, uma vez que lhe faltavam coerência interna e padrões estáveis de comportamento (EB ambigual).

Nas relações interpessoais, os dados sugeriram que Augusta tinha pouca maturidade social, podendo apresentar distanciamento, inaptidão, fragilidade ou pouca sensibilidade diante de necessidades e interesses dos demais (CDI↑). Tendia a adotar um papel passivo, deixando que os outros tomassem decisões por ela, para evitar responsabilidades (p>a+1 e p↑). Apesar das dificuldades em estabelecer relações saudáveis, parecia ter adequado interesse em estabelecer vínculos com as pessoas (conteúdos H↔) e tendia a ser cooperativa com os demais (COP↔). Contudo, parecia valer-se de atitudes mais defensivas nas interações devido a sentimentos de insegurança pessoal (PER↑).

Os resultados indicaram que ela apresentava preocupação intensa consigo mesma (índice de egocentrismo ↑), fazendo com que se focasse demasiadamente em suas necessidades, o que diminuía seu interesse pelo mundo exterior. Além disso, suas autoimagem e autoestima pareciam ser mais baseadas em sua imaginação do que na experiência real. Isto é, a forma como se percebia e se valorava era baseada nas próprias necessidades e experiências subjetivas, e não em dados da realidade [H<(H)+Hd+(Hd)].

Referente aos aspectos afetivos e emocionais, os dados sugeriram que as emoções exerciam papel inconsistente na personalidade de Augusta (EB ambigual), isto é, ora ela se comportava totalmente orientada pelas emoções, ora as emoções eram deixadas de lado, assumindo um papel secundário em sua vida. Os dados indicaram que tentava compensar sua labilidade emocional usando a constrição dos afetos (SumC'↑ + CF+C>FC), com isso, tendia a interiorizar as emoções e evitar trocas afetivas, o que aumentava seu estado interno de tensão (SumC'>WsumC). Seus esforços em constringir os afetos podiam

TABELA 31.17
Resultados do método de Rorschach (Sistema Compreensivo) do caso Augusta

Controle				Afeto		Interpessoal	
R = 18	L =	0,64		FC:CF+C =	0 : 1	COP = 1	AG = 0
				C Puro =	0	GHR : PHR =	3 : 2
EB = 1 : 1	EA =	2	EBPer = x	SumC' : WsumC =	3 : 1	a : p =	2 : 6
eb = 7 : 3	es =	10	D = -3	Afr =	0,8	Fd =	0
	Adj es =	6	Adj D = -1	S =	0	SumT =	0
				Blends : R =	1 : 18	Cont. Humano =	4
FM = 5	SumC' =	3	SumT = 0	CP =	0	H Puro =	1
m = 3	SumV =	0	SumY = 0			PER =	2
						Isolamento/R =	0,22

Ideação		Mediação		Processamento		Autopercepção	
a : p =	2 : 6	XA% =	0,56	Zf =	5	3r+(2)/R =	0,56
Ma : Mp =	1 : 0	WDA% =	0,58	W : D : Dd =	2 : 10 : 6	Fr + rF =	0
2AB+(Art+Ay) =	0	X-% =	0,44	W : M =	2 : 1	SumV =	0
MOR =	0	S- =	0	Zd =	0,5	FD =	0
Sum6 =	1	P =	5	PSV =	0	An + Xy =	1
Lvl-2 =	0	X+% =	0,28	DQ+ =	3	MOR =	0
Wsum6 =	3	Xu% =	0,28	DQv =	0	H : (H)+Hd+(Hd) =	1 : 3
M- =	0						
M none =	0						

Constelações					
☐ PTI = 3	☐ DEPI = 4	☒ CDI = 4	☐ S-CON = 5	☐ HVI = 2	☐ OBS = 1

ser uma forma de manter relações de dependência com as pessoas (C'↑ + p>a+1). Contudo, em situações de estimulação emocional, sua capacidade de constrição afetiva tendia a ser reduzida, resultando em respostas inadequadas e impulsivas (Afr↑).

Os resultados sugeriram que a paciente era capaz de processar as informações do ambiente de forma simples e com adequada simplificação perceptiva (Lambda↔). Ela parecia absorver a quantidade de informações que era capaz de processar de forma adequada e provavelmente chegaria a conclusões, solucionaria problemas e completaria tarefas (Zd↔). Contudo, parecia empreender pouco esforço ou motivação para processar as informações do ambiente (Zf↓) e tendia a abordá-las de modo peculiar, para torná-las mais manejáveis (Dd↑).

A forma como identificava as informações coletadas no ambiente, quando em situações óbvias, tendia a ser adequada (Lambda↔ e P↔), contudo, de modo geral, tendia a apresentar um modo pouco convencional de interpretar as informações do ambiente (X+%↓). Os dados mostraram que sua forma de perceber o ambiente podia se afastar de forma preocupante do esperado (X-%↓). Isso sugeria dificuldade de responder adequadamente às demandas do ambiente, uma vez que o percebia de forma distorcida (XA%↓ e WDA%↓).

Por fim, o modo como conceitualizava e utilizava as informações processadas e interpretadas do ambiente tendia a ser instável, ora impregnando de emoções e ora valendo-se da imaginação (EB ambigual). Ela parecia ser propensa a refugiar-se na fantasia para gratificar suas necessidades (p>a+1). Além disso, a vivência de situações externas estressantes parecia estar gerando desconforto psicológico na paciente, manifestado por preocupação maior que a esperada para o adequado manejo das demandas da vida cotidiana (m↑).

Os resultados obtidos pelo método do Rorschach sugeriram que aspectos emocionais e da personalidade de Augusta poderiam estar contribuindo para seu ineficiente desempenho nas atividades laborais. Ela parecia ter uma personalidade mais ansiosa, com importante necessidade de suprir suas próprias demandas e com pouca disposição e motivação para responder às demandas do ambiente e às necessidades dos demais. Seus frágeis recursos psicológicos, somados a seu autocentramento, diminuiriam as chances de ela apresentar comportamentos adaptativos socialmente.

Conclusões

Augusta foi encaminhada para avaliação psicológica por queixas de memória. Estava recebendo reclamações de seus superiores acerca de seu desempenho profissional como técnica de enfermagem. Os dados coletados na entrevista clínica e na anamnese mostraram que a queixa de um inadequado desempenho cognitivo estava presente desde sua infância. As principais queixas, sinais e sintomas observados ao longo da vida de Augusta foram: baixo rendimento cognitivo (incluindo período de abandono escolar, dificuldade em ler livros); problemas de memória (queixa explícita); comportamentos impulsivos (na infância – discussões e brigas físicas – e na vida adulta – financeiros); desatenção (dificuldade em ler livros e de se concentrar nas atividades); problemas emocionais e de personalidade (história de negligência afetiva e dificuldades de relacionamentos familiares e românticos). Com base nesses sintomas, buscou-se verificar os aspectos do funcionamento cognitivo e emocional da paciente que poderiam explicar suas dificuldades.

Inicialmente, testou-se a hipótese de um déficit específico de memória, visto que essa foi a queixa principal da paciente. Os resultados da avaliação indicaram que ela parecia manter preservadas as capacidades de armazenar informações e acessá-las em curto, médio e longo prazos (aspectos da função cognitiva da memória). Assim, foi refutada a hipótese de que problemas mnemônicos explicariam suas queixas.

Em seguida, testou-se a hipótese de que um déficit cognitivo global fosse o fator explicativo da história de fracasso escolar e das dificuldades no desempenho laboral. Os resultados de sua estimativa intelectual mostraram que suas funções intelectivas estavam preservadas, refutando a hipótese de que suas dificuldades se deviam a um déficit cognitivo global. Pelo contrário, os resultados sugeriram que Augusta tinha certa facilidade em desenvolver raciocínios dedutivos (a estimativa da inteligência fluida foi média superior).

Testou-se, posteriormente, a hipótese de que os problemas de desempenho poderiam ser explicados por problemas de atenção. Seus resultados mostraram, mesmo em ambiente controlado, desempenho um pouco abaixo do esperado em tarefas que demandavam atenção. Os dados apontaram que, diante de estímulos competidores, o desempenho da paciente tendia a ser impreciso ou mais lento. Com isso, verificou-se que a atenção era uma função cognitiva que estava prejudicada e que poderia contribuir para os problemas da paciente.

Por fim, testou-se a hipótese de que problemas emocionais e de organização da personalidade poderiam exercer efeito negativo no desempenho das atividades laborais da paciente. Os resultados corroboraram essa hipótese, sugerindo que Augusta apresentava dificuldades em manejar as demandas psicológicas pessoais, assim como as necessidades dos outros e do ambiente. Indicadores de problemas na autoimagem, nos relacionamentos interpessoais, nos recursos psicológicos para manejo das emoções e no modo de interpretar o ambiente observados na avaliação pareciam influenciar negativamente na qualidade do desempenho laboral da paciente.

O quadro sintomatológico observado na avaliação – a saber, problemas de atenção, de controle de impulsos e de regulação emocional – é característico do TDAH. De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), Augusta preencheu os critérios para TDAH do tipo combinado (Eixo I: 314.01), pois apresentou número e intensidade em sintomas, tanto de desatenção quanto de impulsividade-hiperatividade, suficientes para a caracterização do diagnóstico (CID-10 F90.0, OMS, 2000). Os problemas emocionais e de personalidade, apesar de demandarem atenção clínica, não foram suficientes para a formulação de hipóteses de transtornos de ansiedade ou da personalidade. Contudo, suas dificuldades emocionais e fragilidades da organização da personalidade estavam exercendo efeito significativamente negativo na qualidade de vida da paciente.

Nota-se que o diagnóstico de TDAH deveria ter sido dado e tratado desde a infância de Augusta. Contudo, como relatado por ela, sua família nunca procurou auxílio profissional para suas dificuldades. Dessa forma, tais dificuldades a acompanharam por toda a vida, sem que soubesse ao certo o que lhe estava acontecendo. De acordo com Bierderman e colaboradores (2002), há uma estimativa de subdiagnóstico de TDAH em meninas, já que os sintomas agressivos e impulsivos tendem a ser mais brandos do que os apresentados por meninos.

Os aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais do quadro de TDAH interligados dinamicamente às fragilidades da personalidade da paciente precisavam ser foco de atendimento clínico psicológico e psiquiátrico. Com vistas à promoção da qualidade de vida da paciente, sugeriu-se que iniciasse acompanhamento psicoterapêutico regular, a fim de estruturar os aspectos emocionais e de personalidade fragilizados. Sugeriu-se, ainda, que fizesse uma avaliação psiquiátrica para verificar a hipótese diagnóstica formulada e investigar a necessidade de farmacoterapia concomitante ao trabalho psicoterápico.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à estagiária da Ênfase em Psicologia do Desenvolvimento da UFRGS Daiane Silva de Souza e à psicóloga Natália Becker, que auxiliaram na avaliação de dois casos aqui apresentados.

REFERÊNCIAS

Almeida, M. M. R., Kuwae, A. S., Quirino, C. M. J., Gondim, L. V., & Silva, D. O. F. (2014). A depressão e sua relação com o hipotireoidismo. Revista de Medicina e Saúde de Brasília, 2(3), 164-168.

American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22(3), 106-115.

Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., ... Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. Americal Journal of Psychiatry, 159(1), 36-42.

Boccalandro, E. R. (2003). Atenção concentrada: AC-15 (3. ed.). São Paulo: Vetor.

Borsa, J. C., Oliveira, S. E. S., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2013). Centro de Avaliação Psicológica-CAP: Uma clínica-escola especializada em avaliação e diagnóstico psicológico. Psicologia Clínica, 25(1), 101-114.

Brickenkamp, R. (2000). Teste d2: Atenção concentrada. Manual: Instruções, avaliação, interpretação. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Buck, J. N. (2003). H-T-P: Casa-Árvore-Pessoa. Técnica projetiva de desenho: Manual e guia de interpretação. São Paulo: Vetor.

Burgemeister, B. B., Blum, L. H., Lorge, I., Alves, I. C. B., & Duarte, J. L. M. (2001). Escala de maturidade mental Columbia: CMMS. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cunha, J. A., Trentini, C. M., Argimon, I. L., Oliveira, M. S., Werlang, B. G., & Prieb, R. G (2005). Teste Wisconsin de classificação de cartas: Manual. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Exner, Jr, J. E. (1999a). Manual de classificação do Rorschach. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Exner, Jr. J. E. (1999b). Manual de interpretação do Rorschach. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G., & Curtiss, G. (1993). Wisconsin Card Sorting Test Manual (Revised and expanded). Odessa: Psychological Assessment Resources.

Malloy-Diniz, L. F. M., Cruz, M. F., Torres, V. M., & Cosenza, R. M. (2000). O teste de aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey: Normas para uma população Brasileira. Revista Brasileira de Neurologia, 36(3), 79-83.

Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., Rohde, L. A., & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 28(3), 290-297.

Nascimento, R. S. G. F. (2010). Sistema Compreensivo do Rorschach: Teoria, pesquisa e normas para a população brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, M. S., & Rigoni, M. S. (2010). Figuras complexas de Rey: Teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2000). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP.

Rabelo, I. S., Pacanaro, S. V., Rossetti, M. O., & Lense, I. F. A. S. (2011). Teste de trilhas coloridas: Manual profissional. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rueda, F. J. M., Noronha, A. P. P., Sisto, F. F., Santos, A. A. A., & Castro, N. R. (2012). Escala Wechsler de inteligência para crianças: WISC-IV (4. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sisto, F. F., & Martinelli, S. C. (2004). Escala de autoconceito infanto-juvenil (EAC-IJ). São Paulo: Vetor.

Trachtenberg, E., Passos, I. C., Kleina, W. W., Sica, R. N., & Fleck, M. P. A. (2012). Hipotireoidismo e sintomas neuropsiquiátricos graves: rápida resposta à levotiroxina. Revista Brasileira de Psiquiatria, 34(4), 501-502.

Wechsler, D. (2003). Wechsler intelligence scale for children (4th ed.). Bloomington: Pearson.

Wechsler, D. (2005). WAIS-III: Escala de inteligência Wechsler para adultos: Manual técnico. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Weiner, I. (2000). Princípios da Interpretação do Rorschach. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2015). Relações entre extensão, ensino e pesquisa no Centro de Avaliação Psicológica. Revista da Extensão, 10, 59-62.

ÍNDICE

Números de página seguidos de *f* referem-se a figuras, *q* a quadros e *t* a tabelas

A

Ação, 120, 121
Adolescência, 64-66f
  diagnóstico psicológico na, 230-237
  roteiro para entrevista de anamnese, 64-66f
  testagem psicológica, 238-245
Afeto, 118, 119
Alzheimer, 133
Análise do brincar infantil *ver* Análise do brincar infantil na entrevista lúdica diagnóstica
Anamnese, entrevista de, 52-67
  aumentando a qualidade das informações, 60, 61
  especificidades com pessoas de diferentes grupos etários, 54-57
  fontes complementares de informação, 58, 59
  importância dos conhecimentos teóricos, 59, 60
  informações insuficientes e fatores de confusão, 60
  roteiro para adolescentes, 64-66f
  roteiro para adultos/idosos, 66-67f
  roteiro para crianças, 62-63f
Ansiedade, 131, 132, 338-347
  transtornos de, 338-347
    descrição dos quadros de, 339, 340
    especificidades da avaliação dos, 341-345
      instrumentos para a avaliação específica de sintomas, 346t
      instrumentos para a avaliação global de sintomas, 345t
    etiologia, 340, 341
Aprendizagem, 115
Atenção, 114 *ver também* Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, 323-330
  avaliação cognitiva, 327-329
    funções cognitivas relacionadas ao TDAH, 329t
  avaliação da personalidade/projetiva, 329
  avaliação dos sintomas, 324, 325
  comorbidades, 325, 326
  diagnóstico clínico, 323, 324
    critérios segundo o DSM-5, 324q
  diagnóstico diferencial, 325, 326t
  história clínica, 326, 327
  uso de testes psicológicos, 327
Avaliação Abrangente de Estados mentais em Risco (CAARMS), 353, 354
Avaliação e Tratamento para a Melhora da Cognição na Esquizofrenia (MATRICS), 355-356, 357t

B

Beck Depression Inventory-II (BDI-II), 334t
Bipolaridade, 132
Brincar infantil, análise na entrevista lúdica diagnóstica, 211-228
  influência da noção de campo analítico, 219-220
  propostas encontradas na literatura, 211-219
    critérios de análise de Arzeno, 215q
    critérios de análise de Colombo e Agosta, 216q
    critérios de análise de Efron e cols., 217q
    critérios de análise de Esquivel e cols., 217q
    critérios de análise de Greenspan e Greenspan, 213q
    critérios de análise de Kernberg e cols., 214q
    critérios de análise de Kornblit, 216q
    critérios de análise de Krug e Seminotti, 218q
    critérios de análise de Safra, 218q
    critérios de análise de Sattler, 219q
  roteiro de análise da entrevista, 221-223
    dimensão 1, 224q
    dimensão 2, 225q
    dimensão 3, 225-227q

dimensão 4, 227-228q
uso adequado, 221-223
uso de critérios de análise na atualidade, 220, 221

C

Child Behavior Checklist, 208
Conação, 119, 120
Conduta, 120, 121
Consciência, 113, 114
Crianças, 62-63f, 230-237
diagnóstico psicológico de, 230-237
roteiro para entrevista de anamnese, 62-63f
testagem psicológica, 238-245
Cuidados técnicos no psicodiagnóstico, 35-44
o começo, 35-39
chegada ao consultório, 36, 37
contato telefônico, 35, 36
contrato, 37-39
relação psicólogo-paciente, 39-44
características do psicólogo e do paciente, 41-43
empatia e relação terapêutica, 40-41
relação terapêutica, 43, 44

D

Dados coletados, integração com o diagnóstico psicológico, 149-158
análise, 153-156
descrição da demanda, 150, 151
indicações terapêuticas, 158
levantamento da história clínica, 150-152
procedimentos, 152, 153
Demanda, 23, 24
Demência, 255
Depressão, 132, 254
Devolução das informações, 160-171, 253
indicações terapêuticas, 168, 169
prognóstico, 169
sugestões práticas, 170-171q
técnica da, 164-168
Diagnóstico psicológico na infância e na adolescência, 230-237
elementos desenvolvimentais, 232-234
teorias sobre desenvolvimento emocional infantil, 233q
elementos familiares e sociais, 231, 232
elementos metapsicológicos, 235, 236
elementos sintomatológicos, 234, 235
impressões iniciais, 230, 231
Diagrama *shifting gears* do EEM, 114f
Documentos, elaboração de, 172-182
modalidades de documentos, 176-182
atestado, 176, 177
declaração, 176
parecer, 180-182
relatório ou laudo psicológico, 177-180
proposta de estrutura mais detalhada, 181t
princípios norteadores da elaboração documental, 173-176
resolução CFP nº 07/2003, 173-182
validade e guarda, 182
DSM-5, 324q, 367q

E

Elaboração de documentos *ver* Documentos, elaboração de
Emoções, 118, 119
Entrevista lúdica diagnóstica, 73-96, 211-228
análise do brincar infantil na, 211-228
características da sala de atendimento, 79, 80
equipamentos, 80
estrutura física, 79, 80
o que a sala deve possibilitar, 80
características do processo avaliativo de crianças, 78, 79
avaliações concomitantes, 78
cuidados com o sigilo, 78, 79
frequência das sessões, 78
pagamento, 78
quantidade de sessões, 78
características dos materiais, 80-88
brincadeiras, desenhos e jogos, 92-94
características gerais e critérios de inclusão, 80-85
contrato de trabalho, 90-92
entrada na sala de atendimento, 89, 90
forma de apresentação dos materiais, 85-87
intervenções durante a entrevista, 94, 95
materiais estruturados, 87
materiais não estruturados, 87-89
momento de apresentação, 90-92
cuidados técnicos com crianças, 76-78
contato telefônico, 76
marcação das entrevistas, 76-78
definição, 74, 75
finalização do processo avaliativo, 95
flexibilidade dos procedimentos técnicos adotados, 75, 76
procedimentos de realização da, 88-95
Entrevista psicológica, 45-51
de livre estruturação, 50t
estruturada, 50t
fluxograma com as etapas, 47f
semiestruturada, 50t
Entrevista de anamnese *ver* Anamnese, entrevista de
Entrevistas, 208, 209, 277, 278
com a equipe técnica escolar, 208, 209
com os pais, 207, 208
com professores, 208, 209
com profissionais da saúde, 208, 209
de avaliação da personalidade, 277, 278
Escalas, 208
Escala Breve de Avaliação da Cognição na Esquizofrenia (BACS), 356, 357t
Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR), 354
Escala de Avaliação do Funcionamento Global (GAF), 359-361
Escala de Estadiamento Funcional (FAST), 361

Escala de Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico – DSM-5, 354
Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS-III), 355
Escala de Pontuação de Cognição na Esquizofrenia (SCoRS), 356
Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, 208
Esquizofrenia, 132, 133
Estudos de caso, 396-422
adolescente, 404-412
conclusões, 411, 412
descrição da demanda, 404
história clínica, 404
procedimentos, 404, 405
resultados, 405-411
adulto, 412-421
conclusões, 420, 421
descrição da demanda, 412
história clínica, 412, 413
procedimentos, 413, 414
resultados, 414-420
criança, 397-404
conclusões, 401-404
descrição da demanda, 397
história clínica, 397, 398
procedimentos, 398, 399
resultados, 399-401
Ética, 23
Exame do Estado Mental, 99-123
correntes ou escolas de pensamento, 110, 111
EEMs de Abuchaim, 108t
exames da forma e da função, 121-123
fenomenologia, 108-110
filosofia existencial, 108, 109
Karl Jaspers, 108-110
modelos teóricos e repercussões no EEM, 106
psicopatologia, 109, 110
reduções e simplificações, 103-106
reordenamento atualizado e dinâmico do EEM, 112-121
ação, conduta, praxias e psicomotricidade, 120, 121
afeto, sentimentos, humor e emoções, 118, 119
aparência do examinado, 112-121
atenção, 114
conação, 119, 120
consciência e sono, 113, 114
funções executivas, 116, 117
inteligência e aprendizagem, 115
interação social, 117, 118
juízo crítico e *insight*, 116
linguagem e comunicação, 117
memória, 115
orientação, 115
pensamento, 115, 116
sensação e percepção, 115
síndromes, transtornos e doenças mentais, 106-108

F

Fármacos, influência no psicodiagnóstico, 126-133
medicações não psiquiátricas, 127-131
agentes antiparkinsonianos, 129
agentes antirretrovirais e farmacologia do HIV, 129, 130
agentes dermatológicos, 130
agentes gastrintestinais, 130
analgésicos e opiáceos, 128
anticolinérgicos, 128
anticonvulsivantes, 128, 129
avaliação psicológica em cardiologia, 130
em oncologia, 129
esteroides, 131
hormônios, 130, 131
interferon-α, 130
pneumologia e fármacos contra o tabagismo, 131
medicações psiquiátricas, 131-133
ampliadores cognitivos, fármacos para Alzheimer e psicoestimulantes, 133
antidepressivos e farmacologia da depressão, 132
antipsicóticos e farmacologia da esquizofrenia, 132, 133
benzodiazepínicos e farmacologia da ansiedade, 131, 132
lítio e farmacologia da bipolaridade, 132
Formação, 21-23
Funções executivas, 116, 117

G

Genograma familiar, 136-148
primeira etapa, 140-142
quarta etapa, 143, 145
quinta etapa, 143, 146, 147
representações de estrutura familiar, 137-138t
representações de informações sobre a família, 139t
representações de relações emocionais familiares, 140t
segunda etapa, 142, 143
terceira etapa, 143, 144

H

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), 334t
Humor, 118, 119, 331-336
alterações do, 331-336
aspectos gerais, 331
diagnóstico na infância e na adolescência, 335, 336
escalas de avaliação, 333-335
testes psicológicos, 335
triagem psicológica e psiquiátrica, 331-333
Hypomania/Mania Symptom Checklist (HCL-32), 334t

I

Idoso, 66-67f, 247-255, 382-393
alterações neurocognitivas e psicodiagnóstico, 382, 393
avaliação clínica, 385-387
instrumentos de avaliação, 387-392
da atenção e da velocidade de processamento, 389

da linguagem, 390, 391
da memória e aprendizagem, 389, 390
das funções executivas, 391, 392
das habilidades visuoconstrutivas e práxicas, 391
etapas na avaliação, 393q
instrumentos breves, 388, 389
instrumentos de avaliação cognitiva ampla, 389
instrumentos de rastreio, 387, 388
novas concepções diagnósticas, 382-385
critérios diagnósticos gerais para transtorno neurocognitivo leve, 383q
critérios diagnósticos gerais para transtorno neurocognitivo maior, 383q
e alterações neurofisiológicas, 384, 385
demandas do psicodiagnóstico clínico, 248, 249
demência, 255
depressão e alteração cognitiva, 254
devolução dos resultados, 253
fluxograma das etapas da avaliação, 253f
operacionalização do psicodiagnóstico, 251-253
principais quadros observados, 249-251
roteiro para entrevista de anamnese, 66-67f
Infância *ver* Crianças
Informações, devolução das, 160-171
Insight, 116
Inteligência, 115, 258-271
alterações na, 264-271
classificações de QI e índices fatoriais, 267f, 269f
contextos europeu e americano, 259, 260
linha do tempo, 262f
e aprendizagem, 115
explorações contemporâneas e esforços atuais, 260-264
linha do tempo, 263f
Modelo Integrado Hierárquico CHC, 263f
subtestes, 269f
Interação social, 117, 118
Instrumentos de avaliação neurocognitiva de idosos, 387-392
avaliação da atenção e da velocidade de processamento, 389
avaliação da linguagem, 390, 391
avaliação da memória e aprendizagem, 389, 390
avaliação das funções executivas, 391, 392
avaliação das habilidades visuoconstrutivas e práxicas, 391
etapas na avaliação, 393q
instrumentos breves, 388, 389
instrumentos de avaliação cognitiva ampla, 389
instrumentos de rastreio, 387, 388
Instrumentos e técnicas, escolha dos, 68-72
Instrumentos para avaliação de risco e gravidade da psicose, 353-361
avaliação cognitiva, 354-356
avaliação da funcionalidade, 359-361
avaliação da personalidade, 356-359
demências, 354
gravidade da psicose, 354
risco para psicose, 353, 354
uso de substâncias, 354
Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Outras Substâncias (ASSIST), 354
Inventários, 334t, 358
Inventário de Organização da Personalidade (IPO), 358
Inventário de Personalidade de Cinco Fatores (NEO PI-R), 358
Inventory of Depressive Symptomology (IDS), 334t

J

Juízo crítico e *insight*, 116

L

Linguagem e comunicação, 117

M

Medicamentos e psicodiagnóstico *ver* Fármacos, influência no psicodiagnóstico
Memória, 115
Miniexame do Estado Mental (MEEM), 354
Modelo de Temperamento e Caráter de Cloninger (TCI), 358
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MSDRS), 334t
Mood Disorder Questionnaire (MDQ), 334t

P

Patient Health Questionnaire (PHQ), 334t
Pensamento, 115, 116
Percepção, 115
Personalidade, 274-302, 329
avaliação para diagnóstico de TDAH, 329
avaliação psicológica da, 275-277
métodos de avaliação da personalidade e dos transtornos, 277-284
entrevistas, 277, 278
classificação dos tipos, 278t
observação do comportamento, 278, 279
classificação dos tipos de, 279t
técnicas projetivas e expressivas, 280-284
técnicas aprovadas pelo Satepsi, 282t
testes psicológicos, 280, 281t
testes aprovados pelo Satepsi, 281t
organização da bateria de avaliação da personalidade, 284, 285
atributos a serem avaliados, 284
características do examinado, 284
informações técnicas, 284, 285
orientação ou supervisão, 285
qualidades psicométricas dos instrumentos, 284
personalidades patológicas, 285-287
transtornos da personalidade, 287-304
antissocial, 289-292
agressivo, 292
passivo-parasita, 292

borderline, 287-289
dependente, 299, 300
esquizoide/esquizotípica, 295, 296
evitativa, 300, 301
histriônica, 294, 295
narcisista, 292-294
obsessivo-compulsiva, 297-299
paranoide, 296, 297
Praxias, 119, 120
Processo psicodiagnóstico, 27-34
passos do processo, 29q
Psicodiagnóstico interventivo, 184-192
clínica e pesquisa, 189-191
origens, 185, 186
psicodiagnóstico interventivo de orientação psicanalítica, 186-189
Psicomotricidade, 119, 120
Psicoses, 349-363
dimensão de sintomas psicóticos ao longo do tempo, 351f
especificidades do psicodiagnóstico, 352, 353
atenção a sentimentos evocados, 353
direito de acesso à informação, 353
manutenção da atenção durante relatos coerentes e não coerentes, 352, 353
observação das condições para o psicodiagnóstico, 353
utilidade da presença do informante, 352
instrumentos de triagem, 353-361
avaliação cognitiva, 354-356
avaliação da funcionalidade, 359-361
avaliação da personalidade, 356-359
demências, 354
gravidade da psicose, 354
risco para psicose, 353, 354
uso de substâncias, 354
Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Outras Substâncias (ASSIST), 354
proposta de algoritmo para avaliação de pacientes, 352f
risco e desenvolvimento de psicoses, 352f

Q

Quick Inventory of Depressive Symptomology (QIDS), 334t

R

Relação psicólogo-paciente, 39-44
Rorschach, técnica de, 359

S

Sensação e percepção, 115
Sentimentos, 118, 119
Sono, 113, 114
Substâncias, transtornos por uso de, 365-380
aspectos comportamentais e neurobiológicos, 374-377
principais déficits cognitivos relacionados ao consumo de SPAs, 377t
conceitos fundamentais, 365, 366
critérios diagnósticos, 366, 367f
segundo o DSM-5, 367q
padrões de consumo, 365, 366
processos cognitivos implícitos, 377-379
psicodiagnóstico, 366-374
confiabilidade dos dados, 374
entrevista de anamnese, 367-369, 370q
fatores de risco, 368q
sintomas e sinais físicos sinalizadores, 370q
padrão de consumo, 372-374
caracterização do perfil de consumo, 373q
seleção de estratégias, 369-370
seleção dos instrumentos, 371-372
Supervisão em psicodiagnóstico, 194-203
diretrizes e modelos, 200-203
diretrizes para a supervisão clínica em serviços de saúde psicológica (APA), 200-202
uso de modelos teóricos, 202, 203
processo de, 195-198
técnicas de, 198-200
acompanhamento da avaliação em sala de espelho, 200
checagem dos protocolos e leitura dos relatos, 199
discussão de casos, 199
supervisão coletiva, 198, 199
supervisão escrita dos documentos, 199, 200
supervisão individual, 198
utilização de gravações, 200

T

TDAH, 329
avaliação para diagnóstico de, 329
funções cognitivas relacionadas ao, 329t
Técnica de Rorschach, 359
Técnicas *ver* Instrumentos e técnicas
Testagem psicológica de crianças e adolescentes, 238-245
Testes, 16-18, 280, 281t, 327
de avaliação da personalidade, 280, 281t
testes aprovados pelo Satepsi, 281t
no TDAH, 327
Teste da Casa-Árvore-Pessoa (HTP), 358, 359
Teste de Apercepção Temática (TAT), 359
Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Outras Substâncias (ASSIST), 354
Transtorno do espectro autista, 308-320
encaminhamento e avaliação psicológica, 311-313
identificação dos sinais de alerta e desafios, 309-311
instrumentos de rastreamento: realidade brasileira, 311
síntese da avaliação de suspeita de transtorno, 314-318
avaliação da comunicação e da interação social, 316, 317
comportamentos estereotipados e autolesivos, 317
relação com os objetos/brincadeira, 317
Transtornos da personalidade, 287-301
borderline, 287-289
dependente, 299, 300

contradependente (pseudoindependência), 300
passivo-agressivo, 300
esquizoide/esquizotípica, 295, 296
evitativa, 300, 301
histriônica, 294, 295
aparente ou floreado, 295
inibido, 295
narcisista, 292-294
arrogante/entitulado, 294
deprimido/empobrecido, 294
obsessivo-compulsiva, 297-299
compulsivo, 299
obsessivo, 299
paranoide, 296-297

U

Uso de substâncias, transtorno por *ver* Substâncias, transtornos por uso de

HUTZ /
BANDEIRA /
TRENTINI /
KRUG /

PSICO DIAGNÓSTICO

Este segundo livro da **Coleção Avaliação Psicológica** reúne destacados pesquisadores e professores com experiência clínica que apresentam e analisam, em um texto didático e abrangente, o processo psicodiagnóstico sob diversos aspectos e orientações teórico-práticas. São apresentados todos os passos do psicodiagnóstico, incluindo a supervisão desse processo, as suas especificidades nas diferentes faixas etárias e nas alterações psicológicas mais prevalentes no contexto clínico, além de uma abordagem mais específica para a avaliação da inteligência e da personalidade. Para finalizar, apresenta casos clínicos reais.

FERRAMENTA FUNDAMENTAL PARA A FORMAÇÃO E O APRIMORAMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA PSICOLOGIA!

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

ISBN 978-85-8271-311-2

www.grupoa.com.br